

مجلة المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلانية بجميع فروعها

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وأيلول

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر

استاذ الامراض والسرريات الجراحية

وعضو المجمع العلمي العربي

دمشق : سورية

السنة الثانية عشرة

١٩٣٧

طبع في مطبعة الجامعة السورية

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٧ م الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٦ هـ

سنتنا الثانية عشرة

اذا كانت اعمار المجلات تقاس باعمار الافراد من بني الانسان حق لنا ان نمدّ مجلتنا ، وقد دخلت ربيعها الثاني عشر ، يافعة تبسم للحياة وتقرأ في سجلها الذهبي ما يثلج الصدر ويفرح القلب، غير ان حياة الصحف لاتقاس بالسنوات بل بالعشرات منها حتى بالمئات ومجلتنا مع انها قد فتحت عينيها وابصرت ما في هذا العالم من نور وظلام وورود واشواك لا تزال في مهدها وقدمائها عاجزتان عن السير بها حيث ارادت وان شانت .

ولكن نمو الصحف يختلف عن نمو الانسان كما تختلف اعمارها عن عمره فانك ترى صحيفة بين ليلة وضحاها تشب وتترعرع وترفرف بجناحيها في انحاء مختلفة من هذه الكرة الارضية وترى اخرى مع انها قد بلغت اليفع والشباب لا تكاد تدرك غير القطر الذي نشأت فيه . ذلك لان

الصحف كالنبات والحيوان تحتاج الى بيئة صالحة تنتنس فيها ، والى هواء نقي تنقي به دماها ، والى فلك صاف ترفرف فيه باجنحتها فاذا ما فسدت البيئة التي نبتت فيها او فسد الهواء الذي يدخل رئتها او غامت السماء التي تطير فيها ذوت وذبلت وبقيت تعاني مضض الحياة اذا لم يدركها الموت الزؤام . وما الهواء النقي الذي تستنشقه الصحافة الا لغتها وما الفلك الصافي الذي تطير فيه الا ابناء تلك اللغة وما البيئة الصالحة التي تنبت فيها الا سلامة اولئك الابناء من النزعات الاجنبية ورغبتهم في احياء لغتهم والذود عن حياضها اما لغة مجلتنا فهي اللغة العربية التي كان لها القدح الممل في نشر الثقافة على السكرة الارضية قروناً بعد ان دالت دولة اليونان وازدهرت الدولة العربية في عصرها الاموي والعباسي فهي لغة اذا لم يكن لها من حاضرها ما تفاخر به لغات العرب فان لها من ماضيها المجيد ما يدعوها الى تبوء مكانها الرقيق بين لغات الثقافة .

ولست لغتنا في حاجة الى عناصر جديدة لتغض عنها غبار الخمول فان فيها من عناصر الحياة ما هو كفيلاً بسرعة تجددتها وماضيها ادمع برهان على ما تقول والنهضة الحاضرة اكبر دليل على مرونتها وسهولة مماشاتها للعلوم والفنون فهواء مجلتنا والحالة هذه نقي سليم تستطيع به الجلود بعيدة عن الهرم والشيخوخة .

واما الفلك الذي تطير فيه هذه المجلة ونعني به الاقطار العربية فلست اظنه نقياً كل النقاء وصالحاً لكل الصلاح لسرعة نموها وغلودها فان بعضاً من ابناء هذه الاقطار قد استعمرت اللغات الاجنبية بقولهم قالوا الى

الانكليزية او الفرنسية او الالمانية او احدى اللغات الثقافية الاخرى واهملوا لغتهم فاصبح البون بينهم وبين المجالات العربية شاسعاً فهم اذا وقعت انظارهم على مقال عربي سكب فيه منشئه من بتات فكره ما يسجرازدروه لانهم لا يفقهونه ولا يستطيعون، وقد جهلوا لغة جدودهم وابائهم، ان يجنوا ما فيه من الدرر الغوالي فالمجلات العربية مع زمرة هذا شأنها من ابناء العرب اجنية بينهم لا تجد مكاناً تأوي اليه ولا منضدة تستقر عليها. والبعض الآخر من ابناء هذه الاقطار مع اتقانهم للغة الضاد وميلهم اليها تسيطر عليهم النزعة الاقليمية فانك ترى اللبناني يميل الى المجالات اللبنانية والمصري الى المصرية والمراقي الى العراقية والسوري الى السورية حتى انك لا تكاد ترى مجلات قطر من الاقطار العربية منتشرة في غير القطر الذي صدرت عنه وفي هذا ما فيه من القضاء على حياة الصحافة والثقافة العامة. فاذا لم تقبل البلاد العربية جماء على التكاتف والتعاون انقلب الامر عليها فظلت مستعبدة ولم تحررت تحرراً ظاهراً. فلماذا لا تمثل بالبلاد الراقية وتمشى على سننها اتنا نرى الشعوب الانكليزية اللسان ولو لم يكونوا من التبعة الانكليزية يقولون على منتجات ابناء هذه اللغة ونرى الكندي يقبل على محمولات العقول الفرنسية مع انه ليس بفرنسي ونرى العربي يقبل، اذا ما عرف لغة اجنية، على صحف تلك اللغة فلماذا لا يقبل ابناء البلاد العربية او الناطقون باللغة العربية وهم يعدون بالملايين على مؤلفات ابناء العرب وصحفهم. ذلك لان النزعة العربية التي تدعوهم الى مناصرة لغتهم قد خمدت فيهم وما زالت الشعوب العربية نائمة عن لغة الضاد وعن محمولات عقول ابنائها فلا يرجى

للمصحافة وللثقافة العربيتين نجاح وتقدم .

هذا ما نقوله في بدء هذه السنة الثانية عشرة من مجلتنا بعد ان خبرنا
البلاد العربية في خلال هذه السنوات التي مرت علينا ونحن نرأس تحرير
هذه المجلة فعمى ان يبدل بنو قومنا خصلتهم ويقبلوا على نتاج لغتهم اقبالهم
على نتاج اللغات الاخرى فتزدهر الثقافة وتسمد الصحافة بعد ذلك البؤس
الذي منيت به .

رئيس الانشاء

السليم

مرشد فاطم



الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ١٣ نيسان سنة ١٩٣٧

قرئت فيها التقارير التالية

١ — العلم زرايو : ناقش العلم يوسف عرقنجي في موضوع مداواة البرداء بالذيغانات البردائية فقال انه يعتقد ان البرداء ذيغائاً ولكنه يشك في جريانه بالدم في فترات النوب وقال ايضاً ان الترياق (مضاد الذيفان) اذا كان يتكون بعد الحقن بالدم فهو يتكون ايضاً بدونه وعليه فهو لا يدرك القائدة المحتاة من حقن المريض بدمه . واما حقن الاطفال بدماء الامهات المصابات بالبرداءات فقيمة بعض المجازفة لانه قد يكون واسطة لنقل زمرة بردائية غير الزمرة التي احدثت البرداء فيهم . واتقطاع النوب بسببه اشهر لا يكفي للقول بشفاء البرداء بل لا بد من انقضاء ١٥ - ٢٠ سنة . وعليه فالحقن بالدم جميعه في معالجة البرداء لا يبدو له حسناً بل اذا اريد معالجة كهذه فبمصل الناقين بعد انقطاع نوبهم برهة (اي مدة طويلة)

الناقشة : العلماء اسعد الحكيم ، ابو ، عرقنجي

٢ — البيان حسني سبيع وجمال الدين النحام : حادثة تناذر ارب مع ام الدم الساكنة في الجزء الصاعد من الابهر : مريضة عمرها ٥٥ سنة بدأ مرضها بنمل وخدر في الساقين مع صعوبة تدريجية . في البشي ونوب آلية

(المرج المتقطع الحسي) وكشفت معايتها عن كساحة (paraplégie) سفلية تشنجية ونفخة لطيفة في البؤرة الوتينية . واسرمان الدم ايجابي ، التوتر الشرياني ١٥٠/١١٠ البول خال من السكر والآحين . والحلاصة ان المريضة كانت مصابة بالكساحة الشوكية المنسوبة الى ارب وبام دم الوتين الساكنة وقد عولجت معالجة نوعية فتمسنت حالتها غير انها غادرت المستشفى قبل ان تكمل معالجتها

الناقصة : العليم ترابو

٢- العليم شوكت الشطي ، شفاء حادثة داء الرقص بالاستمضاء (l'opothérapie) : مريضة عمرها ١٤ سنة ظهر طمئها منذ بضعة اشهر ولم يكن متطلاً بدمته وفترة ثم انقطع طمئها شهرين فبدت في اثنائها حركات غير ارادية في الوجه والطرفين العلويين فقط . في سوابقها تظاهرات رثية بدت منذ ثلاث سنوات وعولجت بالع مصافات وسائل فولر والانتبرين فشقيت وليس في سوابقها الارثية ما يستحق الذكر . عولجت هذه المرة بالمعالجة نفسها فلم تفد فاعطيت ٣٠٠ وحدة من الحائة البخرائية (hormone folliculaire) وحقنت عضلاتها بمائة وحدة من حائة فص الغدة النخامية الامامي فظهر طمئها بعد بضعة ايام وزالت الاعراض التي كانت تشكوها

الناقصة : العلماء حسني سبيح ، شوكت الشطي ، ترابو

٤- العليان ترابو وجال الدين فخام ، مذكرة موجزة عن حادثة جديدة

لمرض الثوررجه :

مريض مسلم عمره خمسون سنة في سوابقه بعض نوب بردائية وليس فيها الداء

الافرنجي دخل المستشفى لوذمة ونهيج (dyspnée d'effort) كان قد سبقها عمل وآلام عميقة وزوال حس اللمس في الاطراف ، على جلد ساقيه سحائب حمراء وبعض اصابعه مزرقاة وفي يديه مثل هذه التشوشات الا انها اخف ، واسرمان الدم سلبى ، بولة الدم ١,٨٠ غم ، الكولسترين ٣,٤٠ الكريات انييض ١٨٤٠٠ ، أثر زهيد من الآح في البول ، نفخة استرخائية في البؤرة الوتينية ، ورم جسيم في الحوض فوق العانة بحجم البطيخة ، انسداد الشرايين الكبيرة في الاطراف بمد فتح الجنة . والمقرران يلتفتان الانظار الى ما لازدياد كولسترين الدم من الفعل في امراض لثو برجه .

الناقشة : العلماء حسني سبيح ، ترابو ، شوكة الشطي ، شارل ، ترابو وقبل ختام الجلسة رحب امين السر العام بالاعضاء الجدد المحكماء ممدوح الصباغ واحمد ياسين العجه واسماعيل الاسطه .

ثم اعلن ان العليمين منير السادات وميزر حاصباني قدما طلبا بالانضمام الى الجمعية فأنتجت لجنة من الاعضاء العلماء شارل واحمد ياسين العجه وبشير المعظمه للنظر في هذين الطلبين واعطاء الخلاصة في الجلسة المقبلة .
وتكلم العليم ترابو مبلغاً شكر الجنرال مارتن للجمعية على تسميته عضواً شرف فيها

مرشد خاطر

١ - حول موضوع المداواة بالذيفان

المضاد للبرداء

للعلم ترايو .

ترجمة العليم جمال الدين الفحام

حالت اسباب قاهرة دون حضوري جلسة الجمعية الاخيرة فحسرت سماع محاضرة زميلنا العليم عرقتنجي . وبما ان الموضوع الذي بحث فيه كبير الشأن رغبت في الاطلاع عليه فطلبت المحاضرة وقرأتها وجئت ابدي عليها بعض الملاحظات : انني اجاري العليم عرقتنجي في رأيه وافرّ بذيفان او بذيفانات بردائية . لان بعضاً من التظاهرات كالشواشات النفسية (psychoses) والتهاب الاعصاب المديدة ، والتهاب الوتين (aortite) في التشع الضموري لا يستطيع تعليلها اذا لم يسلم بهذه الذيفانات .

كشف ماركيافا وتشرينيكوف النقاب عن آفات مستبطنة للخلايا في عناصر الدماغ النيلة مستقلة كل الاستقلال عن كل آفة وعائية ولا علاقة لها بالمصورات الدموية . وقد عزواها بحق الى الذيفانات دون المصورات .

ويعرّف لودنتاك ومانسون وغيرهما بالذيفانات البردائية واسلم بدوري ان هذه السموم والذيفانات قد تكون في الدم الجاري ، مع ان تقطع نوب البرداء يحملنا على الظن بشيئها في فترات النوب ، في ذلك الوقت الذي يجمع فيه زميلنا الدم من مرضاه .

ويعتقد لودنتاك ان الذيفانات تتطلق حين اتجار الاجسام الوردية اي

في اثنائه نوب الحمى . ومن جهة اخرى اذا كان الترياق (او مضاد الذيفان) يتكون بعد الحقن بالدم ، فهو يتكون بدونه ايضاً ، لاتنا حين نجمع من الوريد ١٠ اعشراء (سنتمترات) مكعبة من الدم ، ثم نعيدها للمريض بحقن تحت جلده بها . نكون قد اعطنا اليه ما اخذناه من كريات حمراء وذيضان وترياق فما هي الفائدة المحتاة اذن من هذه العملية ؟ فاذا كان العليم عرقنجي يحقق طريقته بحقن شخص سليم بدم شخص يردائي بقصد وقايته فهو يعرض ذلك الشخص للبرداء لانه يكون قد اجري معالجة بالبرداء اقل ما يقال فيها انها في غير محلها .

وهو بمقننه اطفالاً بردائين بدماء الامهات المصابات بالبرداء قد يحتمنهم بزمرة بردائية غير الزمرة التي سببت البرداء فيهم ، كادخال المصورات الوبالية علاوة على المصورات النشيطة التي كانت فيهم قبلاً ، وليس هذا الامر في سورية مجرد فرضيات والزمرة البردائيتان منتشرتان فيها وقد تجتمعان في البيئة الواحدة .

ويمترف العليم عرقنجي نفسه ان مرضى القرية حيث اجري اختباره ، لم تكن فيهم مصورات نشيطة (vivax) بحسب ' بل منجلية (falciparum) ايضاً مع ان هذه نادرة .

واخيراً ، فالاشهر السبعة التي انقطعت النوب في اثنائها لا تكفي للنطق بكلمة 'شفاء' وهو يستدعي بحسب ريو زها ١٥ - ٢٠ سنة تنصرم على الشخص بعد ابتعاده عن البلدة التي اصيب فيها . حتى ان هذه المدة نفسها لا تكفي لقول بالشفاء الا بعد وخز الطحال والتي مرات وتحقق غية المصورات

الدموية والخلايا الصباغية غياباً نهائياً من الاعضه المولدة للدم .
وانكم تدركون ان هذه الاختبارات لا تتم بدون اخطار قد يتعرض
لها المريض ، فلا مجال اذن للركون اليها ارضاء لغاية في النفس .
أضيف الى ذلك ان الحقن بالدم جميعه في البرداء لا اراه منطقياً ، فاذا
كان الذئبان قد حث البدن لتكوين الترياق فهو في المصل ، فلم الحقن
بالكريات الحامطة للمصورات الدموية ؟

وليس الاستمصال نفسه مستطاعاً الا متى اخذ المصل من بردائين
انقطعت نوبهم منذ عدة سنين اي انهم في حالة الارتكاس الآخر «allergie»
البردائي ، وهذا مبادل في البرداء الاستمصال بمصل الناقين في الآفات
الجرثومية كما في الريض (typhus) . على ان هؤلاء الحملة للترياق البردائي
المفروض يصعب تمييزهم ليستفاد منهم هذه الفائدة الموهومة في حين ان
الكئين والزرنجات لا تنكر فائدتها الثابتة .

هذه هي ، ياسادتي ، الملاحظات التي أوحث بها الي تجربة زميلنا .

الناقشة

العلم اسم الحكيم : اري ان المناقشة التي اوردها العليم ترابو نظرية
بحة وليست عملية فان العليم عرقتجي لم يرد ان يثبت افضلية طريقته على
الطرق الاخرى فهو قد حقن مرضى بردائين بدمائهم فكانت النتيجة ان
وقفت النوب فوقها دليل على فائدة الطريقة والعليم عرقتجي لم يمد انقطاع
النوب شفاء كما توهم العليم ترابو بل ترك للمستقبل الحكم في استمرار هذه
النتائج وقد اشار الى تحسين هذه الطريقة بحقن المصل فقط للتجارب المقبلة

والنتيجة ان العليم عرقتنجي روى الحوادث كما وقعت ولم يقل بافضلية هذه الطريقة على الكينا او سواها .

العليم تراو: ارى انني تقدي عملي صرف ولبس نظرياً كما يدعي العليم اسعد الحكيم فان هذه التجارب التي اجراها العليم عرقتنجي بعد ان بدت نتائجها مشجعة ربما دفنته الى حقن مرضى بردائين بدماء مرضى بردائين غيرهم وفي هذا ما فيه من الخطر كيف لا وقد اشار في تقريره الى حقن الاطفال بدماء امهاتهم . ثم اتيتي رغبت من جهة ثانية ان ابين ان هذه الطريقة التي اتبها العليم عرقتنجي في المعالجة وهي الحقن بالدم بميدة عن المنطق لان الترياق (antitoxine) الذي يريد الاستفادة منه موجود في مصل الدم فكان الاخرى به ان يستعمل المصل في المعالجة لا ان يحقن بالدم كله وفيه الكريات حملة الطفيليات البردائية التي قد تكون خطراً شديداً على الحقون بتلقيحها المريض ثانية بالبرداء .

العليم عرقتنجي: اتسلم نحقن حتى الآن المرضى الا بدمائهم فقط ولسنا نضع طريقتنا هذه وهي لا تزال قيد التجربة، في مقام الطرق الدوائية الكيماوية التي ثبت فعلها ولسنا نعلم طرز تأثير الاستدماه الذاتي (autohémotherapie) في طريقتنا هذه، وجل ما نعلم ان نتائجها كانت حسنة ولا يستطيع نكرانها اذا تركنا النظريات جانباً .

٢ - حادث تناذر ارب مع ام الدم

الساكنة في الجزء العاصد من الابر

للمبين : حسي سبح و جمال الدين الفحام

استشفيت المدعوة ن . س . في قاعة ابن سينا لاضطرابات في المشي ، عمرها خمس وخمسون سنة لم تجهض وليس في سوابقها الشخصية ما يسترعي الانتباه سوى موت اولادها في السنتين الاولوين من اعمارهم وظهور اندفاعات على الجلد ، وقروح على الشفتين ، وقد بدت هذه الموارض منذ سنتين وغابت ببعض الحقن الدوائية .

اما مرضها الحالي فقد ابتداء منذ عشرة ايام قبل دخولها المستشفى بنبل وخدر في الساقين وصعوبة تدريجية في المشي ، ثم اخذت هذه الصعوبة تشتد حتى لم تعد تستطيع المشي اكثر من بضع دقائق فكانت تضطر الى الجلوس لتستريح ثم تمشي ثانية وكان هذا المرج المتقطع الحركي يزداد يوماً عن يوم واقضى اخيراً الى اضطراب بين وثابت في المشي ، وظهر عدا هذا التناذر الحركي في المريضة تناذر آخر حسي ، متمثل بنوب مؤلمة تشبهها المريضة بالحروق (وهذا هو المرج المتقطع الحسي) .

وقد كشف فحص العلية يوم دخولها المستشفى عن كساحة (paraplégie) سفلى تشنجية واضحة الاعراض : فالمشية تشنجية جلية ، والحركات الطوعية

محدودة في الطرفين السفليين حتى ان المريضة لم تكن تستطيع رفع ساقها اكثر من ٣٠ سم ، والقوة القطعية (segmentaire) متناقصة في العضلات الماطقة . والمنعكسات الوترية من داغصية وعرقوية مزدادة مع اهتزاز نظير الصرع في القدمين وبانسكي فيهما ومنعكسات الجلد البطنية غائبة مع سلس خفيف في البول وليس في الحسين السطحي والعميق اقل اضطراب والمنعكس الحدقي طبيعي ، وليس في المريضة ارتعاش ولا رأرة ولا اضطراب الانتظام . وبقي الاجهزة سليمة الا نفخة لطيفة في البؤرة الوتينية وعدم تساوي في النبضين الكبيرين فالنبض الايمن اضعف من الايسر ، وعلامة اوليفر سليمة . والضغط الشرياني ١٥.٥ - ١١ في جهاز فاكر . وارتكاس واسرمان في الدم ايجابي وليس في البول اي اثر للآحين او للسكر .

وقد اسفرت نتيجة البزل القطني عن النتائج الآتية :

الضغط : طبيعي ، السائل رائق ، اختبار كوكسنست ايجابي .

الآحين ٣٥ ، . النفاويات ٦ في الملم ٣ من مجبرة ناجوت . ولم يجر

ارتكاس واسرمان ولا الجاوي الفروي على السائل .

وقد دلّ القبحر الشعاعي ان القلب طبيعي سواء في حدوده او في اقطاره ، وظهر به ظلٌ نابض في الحافة اليمنى من الظل القلبي الوعائي وقد بدا ذلك الظل في الوضع الجبهي بشكل شريط حافته مقببة ونبضانه موافق لنبضان القلب . وبالوضع المائل الامامي الايمن كان هذا الظل يشغل القطعة الصاعدة من الوتين كانه حبابة مقسمة .

والخلاصة : ان مريضتنا كانت مصابةً بكساحة ارب السفلى الشوكية

المادية مع ام دم الوتين الساكنة في قسمه الصاعد وام الدم هذه لم تحدث اي اضطراب وظيفي ولا اقل علامة مرئية ، وقد شككنا فيها بالنفخة الوتينية المزدوجة التي لم تكن جلية تمام الجلاء وبتباين النبضين الكبيرين الامر الذي نسنده الى اصابة الجذع الشرياني المضدي الرأسي .

وان العلامة اليقينية الاكيدة اقتبست من فحص القلب الشعاعي .
وقد عولجت المريضة معالجة نوعية حين دخولها ، فحسنت الاضطرابات الحركية تحسناً يئناً حتى ان مشيتها اصطلحت ، ولما لمست هذه المريضة هذا التحسن اصرت على مغادرة المستشفى فاخرجت منه .

الناقشة :

العليم ترايو : ان تناذر أرب الذي كلنا عنه زميلانا ليس نادراً فلا تكاد تمر سنة الا واقدم منه لتلامذتي حادثتين او ثلاث حادثات فانه مع السهام (التابس) والفالج العام التظاهرات الدماغية النخاعية المألوفة في هذه البلاد فالداء الافرنجي في عرب الشرق الادنى مولع اذن بالجهاز العصبي خلافاً للداء الافرنجي في افريقية الجنوبية كما يستدل من المؤلف الجليل الذي وضعه لا كإبار في هذا الموضوع ومنه يستتبع ان الافرنجي في تلك البلاد مولع بالجلد فقط .

شفاء حادثة داء الرقص بالمعالجة الاستعضائية

للطبيب شوكت موفق الشطي

رأيت هذه الحادثة في آنسة لها من العمر ١٤ عاماً وقد ظهر العظم فيها للمرة الاولى منذ بضعة اشهر غير ان طمشها لم يكن منتظماً لا في مواقيته ولا في مدته فكانت مدة الاطهار تزيد في بعض الاحيان عن ثلاثين يوماً او تنقص حتى تصبح اربعة ايام كما ان مدة العظم كانت تختلف بين يومين وعشرة ايام . تأخر في المرة الاخيرة طمشها شهرين اضطربت فيها اطوارها فاصبحت ذاهلة مغترة وغير متبصرة خرقاء يقع من يديها احياناً ما تحمله وبدت فيها حركات غير ارادية وغير منسقة في اثناء العمل وفي الراحة .

واخذت تشكو آلاماً عضلية تأتي بغتة وتزول كما انت لا تزيد مدتها عن بضع ثوانٍ . وتشبه المريضة هذه الآلام بوخز السهام . اما الحركات غير الارادية فقد بدت في الوجه والطرفين العلويين ولم تشاهد في الطرفين السفليين فكان الوجه يتصمر وترسم عليه بالتتابع مظاهر السرور والخوف والغضب والحزن دون ان تحرك النفس اقل عاطفة .

وقد بدت الحركات في الطرفين العلويين بتابع حركات الانعطاف والانبساط في الاصابع وبخفض الكتف وارتفاعها . غير ان هذه الحركات لم تكن شديدة وتؤثر فيها الارادة بعض التأثير لذلك كانت المريضة قادرة

على تناول الطعام بنفسها وتستطيع ان تلبس ثيابها وان تخلعها عنها حتى انها كانت تشارك والدتها احياناً في بعض الاشغال البيتية .

فحصت المريضة بعد ان تأملت في ما بدا من العلامات فيها فلم اجد في اجهزتها المختلفة ما يدل على حالة مرضية ، اعضاؤها المختلفة سليمة

سوابق المريضة : عادتني المريضة لثلاث سنوات خلت شاكية الاعراض نفسها وكانت تصحبها تظاهرات رئوية خفيفة . عالجتها اذ ذاك بالأدوية النافعة في هذا المرض كالصفصافات وسائل فولر والابتبرين فشفيت في شهرين سوابقها الوراثية : ليس في سوابق ابيها ما ينم على مرض وراثي ولا تبدو فيها امارات تشير الى اصابتها بمرض وراثي . لم تهبط والدتها في حياتها مطلقاً لها اربعة اولاد ثلاث بنات احدهن مريضة وعلام في احدهم تظاهرات مرضية وراثية .

يتضح مما تقدم ان تشخيص المرض في مريضتنا لا يدعو الى الشك فرضها داء نقص زئوي . لذلك لم اتردد في معالجتها هذه المرة بالأدوية المضادة لهذا الداء كما سبق لي ان عالجتها . غير ان المداواة لم تفعل فيها فعلتها الاولى فقد سكنت الآلام المفصلية أما الحركات غير الارادية فبقيت هي هي . وقد اضطربت والدتها لاستمرار الاعراض فيها فمأثرتي عما لذا كان من الممكن اعطاؤها علاجات مطمئة معتقدة انه متى عاظمها زالت الاعراض عنها لانها بدأت بزواله وترى انها لا تزول الا بمودته وقد اوحى حديثها اليّ خبيرة اختبار مفعول الاستمضاء في هذا الداء فكلفت المريضة ان تجرع يومياً ١٠٠ وحدة من الحامض الجراية (hormone folliculaire) واخذت

احقن عضلاتها يومياً بمائة وحدة من حائه النقص الاممي للغدة النخامية فلم تنقص على هذه المعالجة بضعة ايام حتى عاد طمها وزالت بعودته جميع الاعراض التي كانت تشكوها .

وقد خيل الي ان هذه الحادثة لا تخلو من فائدة لذلك رغبت في تقديمها لجمعيتكم خاصة . واتي اعتقد ان هذه الحادثة لم تكن هرعية (هيسترائية) حتى يقال بان قناعة المريضة بعودة طمها ادى الى زوال الاعراض لان مياهم الهرع مفقودة في المريضة ولأن داء الرقص المذكور سبقته اصابة بداء رقص رثوي ومما يبدو لي مفيداً في هذه المشاهدة انه ما من كتاب يبحث عن فائدة الاستمضاء في هذا الداء ولا نكر ان ذلك قد يكون من باب الصدفة لان داء الرقص الرثوي يشق عادة في شهرين ، ولكنني وجدت ان مجال الاختبار واسع في هذه الناحية لذلك عرضت هذه المشاهدة على مسامعكم حتى اذا اردتكم مشاهدات اخرى تماثلها وتؤديها وجد الطبيب بين يديه سلاحاً قد يكون ماضياً في مرض لا يندر استمضاؤه .

الناقشة : العليم حسي سبيع : ان ما يسترعي الانظار في هذه للمشاهدة تأثير الارادة في وقف الحركات غير الطوعية البادية في المريضة فقد لا يكون الداء رقماً بل ارتعاشاً او نوعاً من المرة (tic) في مريضة مضطربة الاعصاب لا تقطاع طمها . ولست اظن ان الاستمضاء الذي نسب زميلنا شفاه حادثه اليه يجوز تسميه في معالجة داء رقص سيدنهام لان هذا المرض اتاني المنشأ وآفاته التشريحية المرضية معلومة وهو يختار الاطفال من الجنسين قبل سن البلوغ اذ لا تكون الغدد التناسلية في دور نشاطها ولا قصور فيها تحتاج الى الاستمضاء

واذا كان لهذه المعالجة من تأثير فيجب ان يكون بعد سن البلوغ كما في الرقص الحلي الذي يستعصي على مداواة وقد يضطر فيه الى وقف الحمل وقد ذكر الزميل داء الرقص الرثوي ولست اجاريه في هذه التسمية لان داء رقص سيدنهام مستقل كل الاستقلال عن الرثة ولو شاركها في احداث الاختلاطات القلبية . واقول على سبيل الذكري اني جنيت فائدة من طريقة جيلات (Gillette) بالطرطير المقي في حادثتين اخفقت فيها المعالجة الزرنيجية .

العلم النطلي: لم تكن الحوادث العصبية التي شاهدها في المريضة من نوع التوجن العصبي (névropathique) بل حركات داء الرقص وقد عاودت المريضة مرتين بينهما فاصلة طويلة وكانت متشابهة في كليهما وقد كان للمعالجة الصفصافية اكبر فعل في الشفاء وهذه المعالجة درسية .

العلم ترايو: ارجب في نقد المناقشة نفسها ان المعالجة الدرسية لداء الرقص هي المعالجة الزرنيجية وكثيرة هي الحوادث التي شفاها محلول بودن في شعبتنا اما طريقة جيلات فليست جديدة وقد ذكرتها في الجزء الثالث من مؤلفي المسمى « استشارات الطبيب الممارس » .

٤ - مذكرة موجزة عن حادثة جديدة

لمرض لثورجه

للطبيب ترابو و جمال الدين الفحام

حينما قلنا لكم في تقرير سابق ان التهاب الشريان الساذ ليس بقليل في هذه البلاد ، كنا نتوقع ان نشاهد في يوم من الايام حادثة جديدة من داء لثورجه . وبعد ان وقع ما كنا نتظره تقدم لكم الآن بإيجاز هذه المشاهدة مع بعض ملاحظاتنا عليها .

ان المدعو رضاع . . . من قرية جور دخل المستشفى العام في الماشر من شهر اذار سنة ١٩٣٧ وهو مسلم في الخمسين من عمره ، وقد مضى على زواجه ثلاثون عاماً ، وامرأته صحيحة البدن ولدت له ثلاثة اولاد اصحاء ولم تجهض مطلقاً .

وليس في سوابقه الشخصية ما يدل على مرض ما عدا بعض نوب بردائية كما انه لم يصب قط بداء الا فرنج . جاء المستشفى لوزمة في طرفيه السفليين مع نهج (dyspnée d'effort) وقد سبق هذه الوزمة بخمسة عشر يوماً نمل وآلام عميقة تشتد ليلاً مع زوال حس اللمس المترقي في الاطراف . وقد ظهرت تلك الوزمة فيه قبل دخوله المستشفى بثلاثة ايام ، وهي وزمة صلبة غير ان الاصبع تنطبع فيها ومؤلمة بالضغط وهي أجسم في الطرف الايمن منها في الايسر وتصل حتى الركبتين في الطرفين . وترى على سطح الجلد سمائب

حر بحذاء الساقين . وقد اصطبغت عدة اصابع في القدمين بلون واضح الزرقة . أما الحرارة المحلية فشديدة الهبوط وهذا ما امكن تحققه بسهولة بوضع اليد بالتتابع على جلد البطن والساقين . والاقسام المزرقه اعنى فيها حس الوخز بالابرة .

وقد ظهرت حوادث مشابهة في اليد اليمنى ومثلها في اليسرى ولكنها اخف ، وبدت تشوشات دورانية مقرها الانف والاذنان . فتناذر لثربرجه بديهي وظاهر للعيان يثبت قياس الاهتزاز الشرياني وهو كما يأتي :

في الطرف العلوي الايمن : في الضد : الضغط الأعلى ١٤ والادنى دون الصفر
 " " " " في الساعد : لم يمكن قياس الضغط ولا اخذ الاهتزازات
 " " " " في الايسر : في الضد : الضغط الاعلى ١٤ والادنى دون الصفر

الاشارة الاهتزازية (٤)

في الطرف السفلي الايمن : في الناحية فوق الكمين، وتحت الداغصة: الاهتزازات محسوسة
 " " " " " " في الايسر : " " " " " " محسوسة
 " " " " " " تحت الداغصة : الأعلى ١٨ المتوسط ١٠ الأدنى ٥

الاشارة الاهتزازية (٥)

اما الفحوص المخبرية فكانت منها النتائج التالية :
 ارتكاس واسرمان : سلمي في الدم ، والبولة الدموية ١.٨٠ غ ،
 والكولسترين ٣.٤٠ سغ .
 عدد الكريات البيض مزداد : ١٨٤٠٠ في الملم ٣ . وهذا الزيادة هي في
 كثيرات النوى التي تبلغ ٩٠ ٪ ، واما نسبة وحيدات النوى ف١٠ ٪ / ومحبات
 الحامض غائبة .

وقد كشفت تفسرة البول عن أثر زهيد من الآحين .

ولهذه المشاهدة شأن كبير لاشتراك مرض ثوررجه مع مرض هوووسبون
النامة عليه نقطة استرجائية في البؤرة الوثنية مع تناؤر فلتت الإكليلي
ونبض كوريفان ورقص الشرايين الذي يشبه تمام الشبه ثنائياً يتموجاً على
وجهي ثنائي المرفق الامامين ، تضمحل تموجاته وهلة بمحذاه الواحي التي
نقص فيها الدم او اختل ريسها والكائنة بجنبها مباشرة .

وعلاوة على ذلك كله فقوى عانة المريض ورم بحجم البطيخة ، صلب
متحرك على السطوح العميقة والسطحية منحصر بين وريقتي الماساريقا ،
وهذا ما ايده فتح الجثة الذي أظهر كذلك انسداداً في الشرايين الكبيرة
السطحية في الاطراف مؤيداً تشخيصنا وسنعود الى ايضاح هذا فيما بعد حين
ذكر فتح الجثة العياني والمجهري .

اما اليوم فاننا نرغب في لفت نظركم الى الامور التالية التي سبق ان
تحققناها فيما مضى وهي :

(١) وجود بؤرة من التهاب الاوعية الدقيقة البباد في آسية البصري ،
وهذه هي الحادثة الثانية التي نذكرها خلافي بضع سنين .

(٢) المرق الاسلامي ممرض للاصابة بهذا المرض كالبيوديرلان
المشاهدين اللتين اورداهما كاتا في مريضين مسلمين .

(٣) ان كولسترين الدم مزداد كثيراً (من غرامين الى ثلاثة غرامات)
فاكثر كما اظهرت مشاهدتنا .

(٤) ان تقصير الكبد ليس غريباً عن احداث هذا الداء فان كبد مريضنا

كانت ضخمة . وازدياد بولة الدم سببه قصور الكبد أكثر من قصور الكلية الذي تنقص اعراضه السريرية .

وفي الختام نلفت نظركم الى اشتراك مرض هودغسون مع تناذر لثورجه ذلك الاشتراك الذي لم تذكر المؤلفات التي نعرفها مثلاً آخر نظيره وليس الامر غربياً ومرض لثورجه والمصيدة (l'athérome) مرتبطان بفرصة مرضية واحدة هي ازدياد الكولسترين في الدم .

الناقشة ، العلم حسني سبح : يتضح من المشاهدة التي اوردتها الاستاذ ترابو ان مريضه كان متجاوزاً الحسنيين وانه مصاب بداء هودغسون وقد بدت فيه ام الدم وآفات في الشرايين الكبيرة ووذمة في الساقين تترك الاصبغ فيها أثراً وبولة دم ١,٢٠ غم . واظن ان هذه الاعراض لا تبدو في داء لثورجه لان المؤلفين يجمعون على ان هذا الداء يختار الشريان ويظهر بين ٢٠ - ٤٠ من الحياة وانه يعيب الاوعية من شرايين وأوردة حتى العروق النفاوية ايضاً ولهذا سمي التهاب العروق الساد (thrombo-angéite oblitérante) فأفاته تنحصر في الشريانات دون الجذوع ولا صلة له مطلقاً بالداء الافرنجي ولهذا سماه البعض انسداد العروق غير الافرنجي ولا ترافقه آفة كلوية .

يبد ان الاعراض التي ببديها المريض واخصها داء هودغسون وام الدم واصابة الجذوع الشريانية تحمل على الظن بكونها افرنجية المنشأ عل الرغم من سلبية تفاعل وارمان . وقد استرعى نظري في المشاهدة قول الاستاذ ترابو «العرق الاسلامي والعرق الحمدي» مع انه لا عرق ديني على ما اعلم بل ان هناك العرق العربي .

الطبيب ترايو : لا يستطيع عزو الآفات الى داء افرنجي وهمي ليس في المريض ما يؤيده فلا السوابق الشخصية او الارثية ولا تفاعل واسرمان تثبت هذا الظن لست اجعل ان داء هودكسون افرنجي المنشأ في الغالب غير انه قد ينشأ ايضاً من عسيمة الوتين (athérome de l'aorte) حتى من البرد او قد دل فتح الجثة ان الوتين كان صلباً ومتكسلاً عند منشاءه فبسبب داء هودكسون في مريضنا والحالة هذه العسيمة لا افرنجي. وقد امتدت الصلبة والتكلس الى جميع الاوعية المحيطية والى الوريدات والشريكات فكان ما نسميه التهاب المروق الدقيقة الخثري (thrombo-angéite) وهذه الخثرة التي صودفت وعلت في الطرفين السفليين تميز لنا هذا النمط الثالث : الساد. يقول الاستاذ سبج ان داء ثوربرج لا تتكلس فيه جدران المروق بل تنسد بالخثرة ولكن ليعلم ان داء برجه تناذر (syndrome) وانه ليستطيع ان يسد المروق الدقيقة بأشكال متنوعة فاذا كانت الآفات التي صادفناها لا توافق ما صادفناه سابقاً لثوربرج منها فهذا دليل على اننا قد صادفنا شكلاً جديداً من الداء لان الحادثة انني قدمناها من الوجهة السريرية هي التهاب المروق الدقيقة الخثري انساد واذا كان عمر المريض لا يناسب اعمار المرضى الذين اعلنت مشاهداتهم حتى الآن فتكون مشاهدتنا فادرة من هذه الجهة ايضاً وهذا سبب جديد آخر يدعونا الى اطلاعكم عليها .

الطبيب شطي : انني فتحت جثة هذا الشخص وفحصت حتى الآن عدة مقاطع منها فحماً نسيجياً فليست ارى مانعاً، مع ان فحوصي لم تنته بعد، من اطلاعكم على بعض ما صادفت : فملى مصاريع الوتين وجدت صفائح

عصيدة وجدوان الوتين كانت صلبة هشة تنكسر متى ضغطتها الأصابع .
وجميع الاوعية المحيطية من شرايين وأوردة : اوعية الساق والساعد كانت
مسدودة بالخثرة وجدانها كانت هشة ومتكسكة فلم يكن شك من الوجهة
النسيجية في انسداد هذه المروق وفي تناذر لثورجه اما آية هذا الانسداد
الحثري فتوضحه الدروس النسيجية المقبلة

الطيم شارل : لقد اسمعني الحظ ان تحققت نسيجياً وتشريحياً مرضياً
اشترك الاوردة بالآفة . فان ما يدعيه الطيم سبج ان الانسداد الحثري في
داء لثورجه لا يصعد الى المروق . الكبيرة يخالف الحقيقة لاني صادفته في
مشاهدات لا شك عندي في انها من نوع لثورجه . والامر الغريب في
مشاهدة الانتاذ تراو سرعة الآفة مع ان : هذا الداء طويل السير
ويستغرق سنوات .

الطيم تراو : لم اقل اني داء لثورجه في مريض قد اقتصر سيره على الايام
القليلة التي قضاها في المستشفى ولا انكر ان تكلس المروق قد استغرق
سنوات قبل ان يتحقق ولكن آفات الاوعية في المروق الصغيرة تطراً عليها
في سياق سيرها الطويل حالات تشنجية فتسرع سدها ويمتد هذا الانسداد
شيئاً فشيئاً محدثاً الفئرية التي تسبق الموت .

درس المستشفيات العربية على ضوء المقياس الحاضر

للطبيب امين خير الله وسامي الحداد من شعبة الجراحة في الجامعة

الاميركية في بيروت

ترجمة الطيب وجيه نجبا

تذكرنا حركة تنظيم المستشفى التي تقوم بها كلية الجراحين الاميركية، هذه الحركة التي تنفي بالعمل لحير المستشفيات اقتصادياً وادارياً وتنفيذياً، تذكرنا بمجهود الحلفاء الأول والاطباء العرب للقيام بأسس مماثلة لتسيير دقة مستشفياتهم منذ القرن الثامن حتى الرابع عشر وان مقابلة هذه المستشفيات الأولى بالمؤسسات الاخرى المعاصرة والحديثة لا يخلو من لذة.

والحقيقة ان العرب هم اول من أسس مستشفيات منسقة تنسيقاً جيلاً مع ادارة حسنة، هذا هو المقبول بصورة عامة، ولكن المستشفيات للعناية بالمرضى قديمة قدم المدينة نفسها. ففي تاريخ مصر القديم عبد امهوتب (٢٩٨٠ ق.م). واقامت لتقديسه معابد المداواة. وآله الاغريق اسكولايوس ورفعوا معابد جميلة للمداواة واشتهر كثير منها مثل معابد كوس وايدوروس وكريدوس وبرغاموس.

وعندما تقدمت المسيحية ارتبطت المستشفيات بالكنيسة وادارها الكهنة. كانت المستشفيات يوم ذاك ملاجئ المرضى الطريدين لا تقدم فيها مداواة ما، وفي القرن الخامس عادت المستشفيات والمدارس الطبية النسطورية نموذجاً اخذ عنه العرب فانتشرت شهرة حندي سابور ونصيبين

انتشاراً عظيماً . وفي غضون المصور الوسطى بنيت مؤسسات كثيرة في مختلف أنحاء أوربة أشهرها مستشفى (اوتيل ديور) في باريس وإن مقابلة هذا المستشفى بالمستشفيات العربية التي عاصرت تنير الموضوع .

يقول ماكس نوردو في وصف هذا المستشفى : يستلقي في فراش واحد وفي عرض معتدل أربعة مرضى أو خمسة أو ستة فترى قدمي الواحد في جانب رأس الآخر والاطفال الصغار إلى جانب الشيوخ الشيب حقاً أن هذا لا يصدق ولكنه الحقيقة الواقعة ، فالرجال والنساء مختلطون معاً في فراش واحد مجتمع اجسامهما ، فهناك امرأة تثن بين مخالب الخنازير إلى جانب رضيع يتلوى من التشنجات ، ومصاب بالربو (تيفوس) يحترق في هذيان الحمى إلى جانب مسلول يسعل سعلته الجارحة ، ومصاب بأحد الأمراض الجلدية يمزق جلده الأجر بباطرافه الثائرة وكثيراً ما احتاج المرضى لأعظم الضروريات وكان يقدم لهم أدنى الاطعمة مقاديرها قليلة وفواصلها غير منتظمة . وتتراكم الحشرات في الدار كلها وتسوء رائحة الهواء في قاعات المرضى حتى أن الزوار ما كانوا يجراؤون على دخولها إلا بعد أن يضموا على وجوههم اسفنجة مبللة خلاً . وتبقى عادة جثث الموتى أربعاً وعشرين ساعة على الفراش ويقلب إن تبقى مدة أطول قبل أن تنقل وكان المرضى في هذا الوقت المصيب يقاسمون الجثث الصلبة الفراش الذي يجث ريمه حالاً في هذا الجو المجهني ويحوم عليه ذباب الجيف (١)

والله مقابلة انظر ما كتبه المؤرخون والسواح المعاصرون عن المستشفيات

العربية في ذلك الوقت . يقول البلوي (١) واصفاً مستشفى المنصوري في القاهرة ما يأتي :

في هذا المستشفى يبلغ عدد المرضى المقبولين والناقلين المصروفين اربعة آلاف يومياً ، وعندما يداوى المريض ويخرج يتناول صدقة المستشفى وهي ثوب وكية من الدراهم تقوم بحاجاته الضرورية واما غذاء المرضى فهو لحم دجاج وضأن والاثاث والفراش والياب تنافس بترفها ما يزين قصور الخليفة والامراء .

ويقوم بالاعمال اطباء مهرة ومفتشون قادرون ومدبرون مهذبون وخدم عاملون جميعهم ينصرفون للقيام بكل حاجات المرضى ، وبكلمة واحدة كل شخص يعرف ما عليه من الواجبات فيقوم بها دون اهمال ، ولا يكفي كتاب قام لوصف هذا المستشفى بالتفصيل .

ويصف الرحالة المعروف ابن جبير المستشفى الذي بناه صلاح الدين ورآه في اثناء زيارته القاهرة سنة ٥٧٨ هـ الموافقة لسنة ١١٨٢ م. كما يلي :

رأينا من اعمال هذا السلطان المحيطة المستشفى في القاهرة وهو قصر رحب جميل ويدير المستشفى مدير مقتدر عنده كل انواع الادوية والجرعات . وفي مختلف اروقة القصر مدت الفرش مع اغطيتها لينام المرضى فيها . ويولي المدير امناء يسهرون على راحة المرضى ليلاً نهاراً ويعطونهم الغذاء والجرعات الموافقة . وللفنساء رواق خاص وتحتي بهن ممرضات ويتصل بالرواقين رواق ثالث كبير غرفه عديدة ذات نوافذ مشبكة بالحديد هنا يحجز

(١) خالد عيسى البلوي مؤلف كتاب — تاج الفرق في تحلية علماء المشرق.

على ذوي الماهات العقلية . فيعتي بهم وكلاء اختصاص بهم . ويرف السلطان احوال المستشفى فهو دائم السؤال عنه والبحث فيه يشدد في العناية التامة والدائمة به .

ويعصف ابن جبير بعبارات تشبه ما اثبتناه مستشفى المنصوري في بغداد والنوري في دمشق .

شيد العرب في نصف قرن من وفاة النبي دولتهم من الصين الى الاتلانتيكي ثم حاولوا نبوغهم الى العلم والفن والمدينة فاحتفظوا بالصالح من المدنات القديمة التي لولاهم لذهبت ضحية الضياع . وفي غضون الحقبة بين القرنين الثامن والخامس عشر اضافوا مدينة جديدة الى ما احتفظوا به من المدنات القديمة ، ولم يسطوا اوروبا مدنيتهم فحسب بل قدموا لها مدني الرومان والاغريق وهكذا وضعت اسس عصر الانبعاث . وان علم الطب مدين لهم كثيراً خاصة في الكيمياء والاقرباذين وطب العيون . وكانت مشفياتهم مثلاً قلده الغير فكانوا يفاخرون بتنظيمها وادارتها وكان لهم في بغداد ودمشق والقاهرة وقرطبة وحلب والقدس، سمرقند وغيرها من المدن مششفيات عامة اديرت تبعاً لطريقة واحدة .

مقر المستشفى

كانوا يختارون مقر المستشفى بعد امان دقيق ولا ينون بحاجة الجوار فحسب بل بالشروط الصحية المحيطة ايضاً . وتوفر الماء والقرب من الجامع . . . الخ . وقصة الرازي مروفة فقد طلب اليه الخليفة ان يختار مقراً لمستشفى المضدي الذي عزم على انشائه فارسل الرازي جرداً

من رجاله فعلقوا قطعاً من اللحم المص في مختلف احياء بغداد وفي اليوم الثاني انتخب المكان الذي كانت قطعة اللحم فيه اقل تنساً. وحينما بحث صلاح الدين عن مقر المستشفى الناصري انتخب مكاناً لوحظ خلوه من النمل.

انواع المستشفيات

١ - مستشفيات الجذام : اول مؤسسة عرفت هي الملجأ الذي اقامه الوليد بن عبد الملك في دمشق سنة ٨٨٨ م (٧٠٧ م) للجذومين والعريان ثم تمددت الملاجىء بعد ذلك في مختلف انحاء الامبراطورية لبذل العناية الانسانية لهؤلاء العساء.

اما في اوروپة فقد امر فيليب سنة ١٣١٣ بحرق جميع الجذومين ولقد كان الجذومون الاحياء الاموات اذا حرموا الاصدقاء والعيال يقبرون في اللازاريات (ملاجىء الجذام).

٢ - مستشفيات الامراض العقلية : تتأنسست الملاجىء للعناية بالذين اصابهم مس او عراهم ضعف عقلي في اوائل التنازخ الاسلامي وخاصة في عهد العائلة الاموية فكانوا يعتبرون المعتوهين معمدين وعالة على احبيان الدولة ، اذ ليست اختابهم بقضاء من الله وقدر

اما في اوروپة فكان المجانين يحرمون دخول المستشفيات وكانوا يقيدون بالسلاسل في بيوت الجنون تلك الاماكن التي كانت شرأ من سجون تلك الايام فيبقون فيها حتى يمحن اجلهم . مسكنهم وضع وطماقتهم قليل واجسادهم عارية فكانوا يموتون من الابهال والعري اما مداواتهم

الوحدة فهي الضرب من وقت لآخر عند ما يصبح صياحهم مزعجاً .

٣ - المستشفيات السائرة

عند ما لاحظ الوزير علي بن عيسى الشروط غير الصحية في المستشفيات حول بغداد كتب لرئيس أطبائه ما يلي :

لقد فكرت في أولئك المائشين في السواد الذين لا يستطيعون اجتناب الامراض وما من طبيب يبذل عنايته لهم لذلك اطال الله عمرك ، ارسل لهم اطباء مع ادوية وجرات وافهمهم ان يبقوا الوقت اللازم في كل مركز ليداوا المرضى وان يتنقلوا بعدئذ الى مراكز اخرى حيث تقضي الحاجة . (١)

٤ السجون

وكتب الوزير نفسه الى الطبيب ذاته يقول : لقد فكرت اطال الله عمرك في أولئك الذين في السجون فان عددهم الكبير وبرودة اماكنهم يجعلان اصابهم بالمرض الكيدة وبما انهم محجوزون عن القيام بحاجاتهم الشخصية وعن استشارة الاطباء فيما يؤلمهم لذلك وجب ان نعين لهم اطباء يرونهم يومياً ويحملون لهم الادوية والجرات وعمل هؤلاء الاطباء هو ان يجولوا في السجون المختلفة فيداوا المرضى ويزيلوا آلامهم . (٢)

٥ . مراكز الاسعاف الأولى : عندما شهد ابن طولون بضع حوادث ومفاجآت في الاجتماع الكبير في صلاة الجمعة اسس مركز اسعاف

(١) ابن ابي اصيمة . عيون الانباء في طبقات الاطباء مجلد ١ . ص ٢٢١

(٢) اصيمة - ص ٢٢١ - ٢٢٢

اولي قرب جامعه فيه طبيب وصيدلية لتلافي كل مفاجأة ولدواوة من محتاج الى العناية من المجتمعين . (١)

٦ - الجيش : كان للجيش جراح خاص ملحق به وكلما ذهب الخليفة الى الحرب اخذ معه اطباء للعناية به وبحيشه . وكان ابن المطران الطيب المقرب من صلاح الدين ورافقه في كل جروبه وكان له خيمة حمراء خاصة به تشبه خيمة صلاح الدين ولها مدخل كبير تعرف به . وعندما رأى الملك العادل ان العمل اثقل كاهل طبيبه امر بتعيين طبيب آخر للعناية بالجند . وكانوا يحولون الجرحى الى النساء لتمريرهم اذا اتاح لهم الحظ ان يعيشوا ، أو بلغة الاسلام ، الى ان يشاء الله ان يهبهم تاج الشهادة او يمنعه عنهم (٢) . . من الطرافة ان نذكر هنا ان اطباء العرب في ذلك العهد داووا عدداً من نبلاء الصليبيين . ففي اوربا حتى القرن السادس عشر كان رفاق الجرحى من الجنود يمتنون بهم او انهم يتركون لعناية البغايا اللواتي يتبعن الجيش .

٧ - المستشفى العام : كان لكل مدينة كبرى في الامبراطورية مستشفى عام واحد على الاقل للعناية بالمرضى وهو مؤسسة حكومية يشيدها ويقوم بنفقاتها احد الخلفاء او احد كبار الامراء . وكان التشابه عظيماً بين هذه المستشفيات في كل شيء ، البناء والادارة والشعب . ويصح في اكثرها وصف عام . وقد بني بعضها تيمناً لتصميم موضوع ليكون مستشفى وبعضها الآخر كان في الاصل قصوراً حولت لمستشفيات .

ولكل مستشفى عام اروقة خاصة للذكور والانات ولداواة المجانين
رواق خاص نواقذه مشبكة بالحديد . وخصصت شعب للحمى
والاسهالات والجراحة والتجبير والحوادث العارضة وللاصابات العينية وألحق
بأكثر المستشفيات حمام عام والماء الجاري موفور ولا يستغنى عنه .

ومن اقسام المستشفى الصيدلية تحت اشراف صيدلي مجاز وهي مجهزة
بالأدوية والشرابات والعقاقير والقوارير وبعض التحف التي هي في مقدمة
حوائيت ادويتنا الحديثة .

وفي قاعة خاصة مكتبة تضم المقيد من مخطوطات ابقراط وجالينوس واطباء
العرب يجتمع فيها الاساتيد والطلاب بعد جولات الصباح .

المالية

كان للمستشفيات اوقاف تموّلها . وكانوا يسجلون الوقف بالحاكم في حجب
مكتوبة واقفين المقاروميين ان الغاية هي تسيير المستشفى والاعتناء بالمرضى .
وحينما شرب المنصور نخب مستشفاه في حفلة افتتاحه قال :

اني اكرس هذا المستشفى للرفيع والوضيع واقف هذا الوقف لمنفعة
الملك والملوك وللجندي والامير وللعظيم والحقير وللحر والعبد .
ولرجال والنساء (١) .

قابل هذا بمقال ماك اشرن الذي يقدم فيه كتابه مقياس المستشفى :
يتصف مستشفى القرن العشرين بانه مؤسسة يحصل فيها كل رجل
وامرأة وطفل بغض النظر عن الجنس واللون والنسب والمقام الاجتماعي على

احسن العناية التي يقدمها علم الطب للرضى والمصابين .
 وكانوا يولون ادارة الوقف كبار رجال الدولة وكانت الادارة تحت
 المراقبة التامة . ولاحظ ثابت بن قرة رئيس مستشفى المضدي في بغداد ان
 الوقف الذي يعود قسم منه لعائدة المستشفى وقسم آخر لبني هشام لا يديره
 المتولي - الصخر باستقامة فكتب الى الوزير ابن عيسى شاكياً واعلنه
 بما يقاسيه المرضى من قلة العمم والموئن والاعطية وغير ذلك من الحاجات
 فكتب الوزير على ظهر رسالة ثابت الى المتولي ما يأتي :

انكم ، شرفكم الله ، ستظفرون بما ذكر في هذه الرسالة وعلى
 كل حال . . . انه من المقرر ان تعطوا المستشفى حصته فانه اكثر استحقاقاً
 من الآخرين ويجب ان يفضل عليهم اضعف الذين يلجأون اليه وللفائدة
 العظمى التي تنتج منه . واعلمني ، شرفك الله ، ما هي تلك اللبة في نقص
 المال وضياح دخل المستشفى في الاشهر القليلة الفائتة وخاصة في هذا الوقت
 من الشتاء اذ اشتد البرد . اعمل كل ما يمكن وسارع في تأدية حصة
 المستشفى ليتمكن للرضى ان يتدفأوا بالاعطية والاثواب والقعم ولينالوا
 الغذاء والحدمة والادوية اللازمة واعلمني بكل ما فعلته في هذا الشأن .

الادارة

كانوا يعتبرون مقام مديرية المستشفى من اعظم مقامات الدولة فكانت
 على العموم تلقى في يدي احد الامراء او احد كبار القادة او احد الاشراف
 ويتصرف المديرون بالمقدرة والثقافة العالية وكانوا محترمين ويتصلون بقصر
 الخليفة كاحد الوزراء ولهم الادارة التامة والمراقبة وحفظ الموئن والادوية

والأثاث وفي بعض الاحيان ادارة الوقف . ويلى المدير المراقبون ثم الامناء والخدم اما القسم الطبي من العمل فكان يرعاه الطبيب الاول يماونه رؤساء مختلف الشعب ويماون هؤلاء معاونوهم وتلاميذهم .

القبول

كانوا يفحصون المرضى في المستشفى . فيعطون من لا يحتاج الى الاستشفاء فيه وصفة تبأ في صيدلية المستشفى ويحضر الطلاب هذه الاستشارات ويرقبون كيفية فحص المرضى وطرق مداواتهم . واما المرضى الذين بحاجة لعناية المستشفى فتدون اسمائهم لقبولهم ثم يستمعون ويعطون اثواب المستشفى النظيفة وتؤخذ اثوابهم الخاصة وتحفظ . فيبقون في المستشفى حتى الشفاء التام وعلامته اكل رغيف من الخبز وفروج كامل . وعند ما يخرجونهم يخطونهم ثوباً وكية من الدراهم لتقوم بنفقاتهم الضرورية خارج المستشفى

الهيئة العاملة والتعليم

كانت تميز الهيئة العاملة بمد تفتيش وفحص دقيقين . فكانوا يختارون احسن الرجال بغض النظر عن المذهب والجنس والمقام الاجتماعي والمظهر الطيبي . فحينما بنى عضد الدولة مستشفى المشهور في بغداد اراد ان يجمع فيه خيرة الاطباء فامر ان يدعى اليه احسن الاطباء واشهرهم في بغداد وملحقاتها .

فتجاوزوا المائة فاختر منهم خمسين تبأ لما استطاع ان يعرفه من شهرتهم ومقدرتهم في ممارسة الطب . وكان الرازي واحداً من الخمسين وبعد انتخاب

اشد هبط العدد الى عشرة وكان الرازي احد عشرة ثم انتخب من هؤلاء
العشرة ثلاثة وكان الرازي احد الثلاثة وبعد مقابلة الثلاثة اثبت الرازي
انه اقدرهم فاختره رئيساً للمستشفى (١)

وكان رؤساء الشعب ذوي مقدرة ومعرفة عميقة . فتراأسون الشعب
ويراقبون المرضى يومياً وينظرون الوصفات اللازمة شفهياً واحياناً كتابياً
للأدوية والتغذية .

عندما اسس الملك المادل نور الدين مستشفى في دمشق سلم الاعمال
الطبية لابي المجد بن ابي الحكم . اخبرني (٢) شمس الدين بن القرج ان
ابا الحكم كان يقوم بجولات بين المرضى ليعرف احوالهم ويدبر شؤونهم .
وكان معه معاونون وامناء وكل ما يكتبه للمرضى من وصفات او ما يأمر به
من عناية ينفذ حالاً بلا اهمال . وبعد ان ينتهي من جولاته كان يصعد الى
القلعة ويداوي مرضى الاشراف وموظفي الدولة ثم يعود الى المستشفى ويجلس
في قاعة كبيرة جميلة الاثاث يقرأ الكتب ويحيي المحاضرات .

وقد وهب نور الدين - رحم الله روحه - المستشفى مجموعة كبيرة
من الكتب وضعت في خزانيتين كبيرتين . وكان يحضر عليه عدة اطباء وطلاب
ويجلسون تحت قدميه فيعلم الطلاب ويباحث الاطباء في المواضيع الطبية
والاصابات الصعبة وبعد ان يقضي ثلاث ساعات في المحاضرات والمناقشات
والمراجعات يركب عائداً الى بيته (٣)

وكانت كثيراً ما تعتمد الاستشارات الطبية ولم تكن هذه دائماً هادئة ،

شأنها اليوم، فيتكلم كبر المستشارين بالنيابة عن الجميع ويدونون الاستشارات وكانت الملاحظات اليومية تدون فيتابعون تقدم المرض بعناية تامة وكانوا يكتبون تاريخ المرض وتحفظ مستشفياتهم بسجلات لها كما في بغداد والدليل هو مجموعة مشاهدات المستشقي التي كان يشير اليها الرازي في (حاويه)

الامتحانات والاجازة

لم يسمحوا بممارسة الطب الا بعد امتحان وكانت الممارسة تحت رعاية الخليفة والطبيب الاول والمفتش العام.

في سنة ٣١٩ هـ. (٩٤٩ م) بلغ الخليفة ان احد الاطباء ارتكب خطيئة ذهبت بحياة المريض فكتب الى طبيبه الاول يأمره ان يمتحن جميع الاطباء ويحجز من ينجح في الامتحان منهم فاجرى الامتحان واجيز للتاجعين ان يمارسوا ما صلحوا له وكان عددهم في جانبي بغداد اكثر من ٨٦٠ طبيباً عدا اولئك الذين لم يمتحنوا نظراً لشهرتهم واولئك الذين يقومون على خدمة الخليفة.

ولتولي مناصب المستشقي كان على الاطباء ان ينجحوا في امتحان الاختصاص ويجازوا فيه ولهذا الامر شأنه اذ حتى الآن لا تزال تناقش في ما اذا كان يجب على الطبيب ان يتقدم للامتحان ويجاز ليمارس اختصاصاً ما.

لقد اخذت علماً بالاطروحة الجميلة المقدمة واني ارحص له ان يمارس صناعة الجراحة وارجر له احسن النجاح في اعماله لذلك انه يستطيع ان يداوي الجرحى حتى يشفوا ويقوم بالعمليات الجراحية على انه يجب عليه ان يستشير من هم اقدم منه في الصناعة واساتذته

المقتردين الجبريين (١).

الخلاصة

نستطيع ان نرى بسهولة التشابه بين المستشفيات العربية ومؤسساتنا الحديثة ومع ذلك فانه يصعب جداً ان نتبع اي تأثير مباشر بينهما . لقد سقطت الدولة العربية في عقب القرن الخامس عشر بسرعة تشبه سرعة قيامها . فاكتملها المغول والتتر في الشرق والجهة المتضافرة من جنوبي اوردية وغربها في الغرب . وضاعت مدينتهم ولم يسعدهم الحظ بابقاء الامم المنتصرة عليها والاحتفاظ بها كما فعلوا هم قبلاً بالافريق والرومان الذين حكموهم . وان القليل الذي تبقى فاسد ومشوه لدرجة اضاع روحه . ولكن يستطيع ان يتبع المرء آثار العرب في مدارس سلاطو ومونيليه وبادوا وباديس . فان تعاليم ابن سينا والرازي وعلي بن المباس والجوسي وابي القاسم وابن زهر استمرت اجيالاً وبقيت مؤلفاتهم تستعمل في اوربا حتى القرن الثامن عشر .

من هذه المراجعة المقتضية نستطيع ان نخرج بالامثولات الآتية :

- ١ - يجب ان ياحق بكل مستشفى مكتبة للمراجعة السريعة .
- ٢ - يجب ان تعطى الوظائف الطبية بعد فحص دقيق ويجب ان تبنى على الكفاءة والمقدرة .

- ٣ - يجب ان لا يسمح للطبيب بممارسة شعب الاختصاص الا بعد فحص دقيق وتعليم خاص .
- ٤ - يجب ان يجرى تفتيش ادق لمستشفياتنا يقوم به اعضاء مجلس الادارة او مفتشو الدولة .
- ٥ - يجب ان تؤسس صيدلية تامة مع صيدلي مجاز يشرف عليها .
- ٦ - يجب ان تسود في مستشفياتنا سياسة اكثر حرية فتجعل مفتوحة ولا تعتبر مؤسسات مخنومة .
- ٧ - يجب ان يامل كل مريض كالنسان . وهذا لا يتناول العناية الطبية التي هي اهل من كل لوم ، ولكنه يخص الخدمة والطعام .
- ٨ - يجب ان يبقى قراء المرضى في المستشفى الى ان يستطيعوا الاعتناء بنفوسهم او ان يبطوا قليلاً من الدراهم تقوم بحاجاتهم الضرورية حتى يستطيعوا العمل .
- ٩ - يجب ان تسلم الادارة والعمل والمالية لاحد رجال الاعمال المقتردين ويجب ان يبقى الاطباء احراراً لممارسة صناعتهم بمتمدين عن المشاغل الادارية .
- ١٠ - يجب ان تبنى مستشفياتنا في الاماكن الصحية وانه بتقديم وسائل النقل سرعة لم يمد للجوار من قيمة .

كسور الحذبة الفكّية الخلفية في سياق خلع

الرّحى الثانية أو الثالثة العلوية

ترجمة الطالب مصباح المالح

كثيراً ما يكون الطيب منهكاً في قلع الرّحى الثالثة العلوية او الثانية احياناً فتتفصل قطعة عظم ضخمة من الفك في سياق الاستخراج فيشده ويضطرب ويقف شاكاً في صحة عمله . فاذا تحرينا الاسباب رأينا ان الطيب لم يحدث اقل عنف او اي خطأ بل انه قام بعملية كالعادة ولم يأت بحركة او عمل شاذ في سياق القلع وعلى الرغم من هذا فكسر حذبة الفك الخلفية قد وقع ، وتكون السن المراد قلعها وهي الناجذة (ضرس العقل) او سن الاثنتي عشرة سنة لا تشوش ولا شذوذ فيها ولم يلاق الطيب صعوبة خاصة في اثناء القلع ولم يبدُ له قبله اي عرض دال على هشاشة العظم .

فاذا فحص المريض بعدئذ بدا فيه عادة ما يلي :

١ - يكون الغشاء المخاطي ممزقاً ويقع هذا التمزق غالباً في الجهة الخنكية ويعقب حدوث الكسر

٢ - ويلاحظ ان قطعة عظمية مختلفة الحجم متحركة وحركتها ثابتة لتحريك السن المنفرسة فيها فاذا كانت السن المراد قلعها هي الناجذة اشتملت القطعة العظمية على القسم الخلفي من الحذبة كله ومرّ خط الكسر بالقسم

الوحشي لسنخ الرحى الثانية . ومتى كانت السن المراد قلعها الرحى الثانية كانت القطعة المظمية اوسع فاشتملت على الحدبة كلها مع الرحيتين الاخيرتين وسنخيهما (وتكون الرحى الثالثة في الغالب غير مكتملة النمو) . ويصل خط الكسر في العالي حتى الذرى او فوقها ايضاً .

٣ - وقد يرافق هذه الاختلالات المظمية ايضاً نزف مختلف الفزارة ولكنه لا يستوجب القلق ولا يؤبه له احياناً (وذلك بفضل الادرفالين الذي يكون قد مزج بالخدر الموضعي) . واذا حدث مثل هذا النزف فيكون فياً فقط او فوقياً وانفياً معاً .

الحطة الواجب اتباعها : يتم التوسط قبل كل شيء اي تقلع السن وتستخرج القطعة المظمية التي لا يستطيع اندماؤها بل انها تشظي وتكون مدعاة للتعفن اذا ما تركت في مكانها . غير انه اذا اقتضى الامر . قلع الحدبة المكسورة مع السن او السنين المنفرستين فيها فلا بد من الابقاء على الغشاء المخاطي الثوي الدهليزي والحنكي الذي يسترها . فنهى مبضعاً ومسحاة (rugine) وادوات للغيطة (ابرة وخيوطاً من الكتان او الحرير) .

ونبدأ بفصل المخاط عن المظم المنفصل جميعه بحيطه فائقة بالمبضع والمسعاة متعاشين عن احداث تمزقات جديدة في الغشاء المخاطي . ومتى اتينا من هذا الدور الدقيق تحررت القطعة المظمية ولم تمد مرتبطة بشيء بل انها تسقط من نفسها مع السن او الاسنان المغروسة فيها . ويسهل الانتباه حينئذ الى ان الجيب الفكي قد فقد ارضه (فاذا كان المخاط الجيبي ممزقاً يحصل نزف انفي ولكن هذا التمزق ليس بذي شأن) . وبعدئذ نخطط المخاط الحنكي او

الدهليزي اذا كان مشقوقاً ثم تقرب شفتي حافة اللثة الحرة ونحيطها بفرزة او غرزين . ويكفى في الايام التالية بالنسولات المطهرة وتنزع الجيوب في اليوم الرابع اذا لم تكن قد سقطت عفواً فيشف الجرح عادة بلا اختلاطات .
امراض كسور الحذبة ومسؤلة الجراح : قد تكسر حذبة الفك بدون ان يكون الطيب مخطئاً فالكسر قد يحدث بلا عنف او سوء عمل يقوم به الطيب فما هو سبب هذا الحادث ؟

ان هذا الحادث مرتبط بحالة تشريحية خاصة . يكون الجيب الفكي في الشخص شديد النمو ويمتدأ حتى ذرى الارحاء الاخيرة وقد يبلغ جذور هذه الارحاء ، ومن جهة اخرى تكون جدر الجيب الوحشي والانسي والخلفي هشة ورقية لا تتجاوز ثخانتها في بعض النقاط قشرة البيضة فيعمل الكسر بنقص منانة العظم وليس بشذوذ الجذور او بالتصاقها بجدران السنخ ذلك الالتصاق الذي لا اثر له في الحقيقة .

ونذكر اخيراً بين اسباب الكسر المهيئة في اثناء قلع سن الاثنتي عشرة سنة وجود ناجذة آخذة في النمو . فاحتقان العظم الذي يصعب نبت السن بعيد العظم اشد هشاشة .

بقي علينا ان نعلم ما اذا كان اتقاء كسر الحذبة مستطاعاً وما هي الاحتياطات التي يجب اتخاذها لاجتنابه . ان اتقاه الا كيد مستحيل الا متى كان المريض قد كسرت حذبة فكم مرة اولى كما في الحادثة التي رواها دوفرمتل وتتلخص بان جراحاً كسر حذبة مريض مع انه احتاط بعد كسر الحذبة الاولى لثلا يكسر الحذبة الثانية ولكن احتياطه لم يجده نفعاً . ولكن اذا كان اتقاء

الكسر مستحيلاً فعلى الطبيب ان يضع نصب عينيه على الاقل ان هذا الكسر ممكن الحدوث متى شاء استخراج الرحى الثالثة العلوية حتى الثانية ايضاً .

واذا اظهر لنا الرسم الكهربى جيباً كبيراً وجب الانتباه الشديد واجتناب كل حركة عنيفة بالكُلابَة . ويمجوز في بعض الاحيان ان يلجأ منذ البدء الى فصل الجذور . وهما يكن فلا بد من الحيلة والحذر بالاستعانة بعملية قطع الرباط (syndesmotomie) التام كما يشير شومبره (Chompret) دائماً



صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

٢٠

ترجمها الطيم انور هاشم

وهناك أيضاً أبحاث هامة ذكرها جيلره (Juillerat) رئيس مكتب اصلاح المساكن والدائرة الصحية للمنازل في باريس وهي أبحاث تتبعها الموماً اليه من عام ١٨٩٤ وقدمت لمحافظة السين بشكل تقارير . هذه الاعمال التي احاطها صاحبها بأدق عناية لم تكن مقتصرة فقط على ذكر الوفيات السلية الحادثة في بعض المساكن بل درست معها حالتها الصحية كذلك بالنظر الى حدوث هذه الوفيات المتعددة من سلية وسرطانية في هذه المدة الطويلة .

لم يكن جيلره شديد الاهتمام بالمنازل المشبوهة قدر اهتمامه بتلك المجموعة من المساكن التي كانت تتكرر فيها الوفيات السلية بوفرة زائدة مما حدها الى اعتبارها منبجاً دائماً لهذا الداء الويل فلقد بلغت الوفيات فيها وسطياً ثلاثاً في الالف من عدد السكان وتجاوزت في بعض المنازل ٨ في الالف في المدة المتحصرة ما بين عام ١٨٩٤ الى ١٩١٣ . واتنا نورد فيما يلي المعلومات الرئيسة التي رتبها جيلره في جداوله ست مناطق درسها خاصة مع ذكر مجمل الوفيات من عام ١٨٩٤ الى ١٩٠٤ ثم من عام ١٩١٣ الى ١٩١٧ .

بؤر السل الدائمة في باريس من عام ١٨٩٤ الى ١٩١٧

الاحياء	من السكان	لكل ١٠٠٠	معدل الوفيات
	١٨٩٤ - ١٩٠٤	١٩١٢	١٩١٧
الناحية الاولى: ١٢ شارعاً فيها ٢٧٨ منزلاً	١٣,٤٧	١٣,٣٤	١١,١٣
« الثانية: ٦ شوارع « ٨٨ »	٦,٥٣	٦,٣٧	٣,٩٨
« الثالثة: ٩ « ١٠٠ »	١٠,٤٠	١١,٨٢	٨,٣٦
« الرابعة: ٢٣ شارعاً « ٥٩٧ »	٦,٤٥	٧,٢٣	٥,٥٣
« الخامسة: ١٢ « ١٧٢ »	٧,١٦	٥,٨٨	٥,٠٢
« السادسة: ١٩ « ٣١٨ »	٧,٢٨	٧,٥٥	٥,٧١
التوسط	٨,٢٦	٨,٢٦	٦,٤٠

لم تكن الادارة الصحية مكتوفة الايدي قبل الحرب فلقد نشط الاسعاف الصحي لاصلاح المنازل المخضبة بالسل ومع ذلك يقر جيلره بان النتيجة كانت لاشيء ويضيف الى ذلك قوله « يظهر ان الوفيات السلية تعود الى سبب او بالاحرى الى اسباب خاصة تختلف كل الاختلاف عن دور التفرغ شأن ما يحصل في سائر الامراض التي يمكن ثقلها »

في اثناء الاعوام التي كرت ما بين سنة ١٨٩٤ الى ١٩١٣ اجريت اختبارات عديدة لتحسين حالة المنازل الملوثة فحذف الضار منها وعلى الرغم من ذلك لم تجد هذه التدابير ثمناً ولذا يكرر المؤلف القول بان الاكتفاء باصلاح المنازل وتطهيرها لا يموذ بالفاية المتوخاة تماماً .

ولعل ما يعجب في هذا الأمر ان حالة المنازل التي كانت تعد وسيلة وضارة في اثناء الحرب تحسنت تحسناً محسوساً في عام ١٩١٨ على الرغم من عدم اتخاذ

اي تغيير فيها وستدرك السبب بمد قليل . اما الآن فيجدد بنا ان نعلم سبب كثرة الوفيات في الانحاء المختلفة وان نسعى الى ادراك السبب في اخفاق التدابير اصلاحية . فرداً على هذه الملاحظات يقول جيلره انه اذا كان تحسين حالة المنازل الصحية لم يأتِ بنتيجة فاجمة فذا ذلك الا لان هذه المنازل تقع في شوارع ضيقة وديثة الافارة ولأن ساكنيها يظلمون قانمين بهذه الحال الوضيعة ولذا يحق للمؤلف ان يقول بان السل مرض الظلمة . واذا طرحنا الآراء المدرسية على بساط البحث نجد انه من المتعذر الحصول على تحليل آخر . وعلى الرغم من ذلك فان اعتراضات قوية تقف امام هذه الفرضية فهناك عدد من الشوارع ليس نورها كافياً ولكن معدل الوفيات فيها لا يتجاوز الحد الوسطي . وهناك ايضاً عمال المناجم حيث لا يظهر السل فيهم بمظهر فتاك كما ان الانتان لم يصادف بين العمال الذين يقضون ايامهم في معامل التصوير . وقد دققنا كثيراً في هذه المعامل مدة ٤٠ سنة ولاحظنا عدداً كبيراً من العمال قضوا الشرط الاكبر من حياتهم في الخبايا المظلمة بدون ان تظهر لديهم اقل عارضة تدل على استعدادهم للسل . ولذلك يطلب علينا الاعتقاد بان توسيع الشوارع ايضاً لا يكفي ولا يفي بالمقصود من حيث ابعاد خطر السل وشأنه شأن تلك الاصلاحات التي تكلف مبالغ عظيمة لا طائل تحتها ولا تقع في مثل هذه المنازل الويلة . فها هو السبب في وفرة الوفيات السلية في الارحاء التي اشار اليها جيلره وزملاؤه .

لا ينكر ان المساكن الكاثنة في الارحاء التي يرتع السل فيها ويمرح سيئة الافارة وديثة التهوية صغيرة الحجم معيبة من اوجه عديدة واجورها

طفيفة وهي بالاجمال المنازل التي يرغب فيها العمال والافراد التاعسون
فهؤلاء بطبيعة الحال نظراً الى شقائهم وتدني صحتهم يكونون متأهين
لشئ الاتافات التي تنهك قواهم وتقلل من قدرتهم على العمل وفي
طليعة هذه الاتافات السل . ولذلك فمن الخطر المريع ان نرى هذه
العيالات المنهكة وخاصة المسلوقة تزدهم في هذه البيوت الوضيعة . فالسل
من الاسباب التي تجبر هؤلاء المنكودي الحظ على الاتجاه الى هذه المساكن
الوضيعة الرخيصة .

ولا نفس من جهة اخرى ان السل ينتشر بطريق الوراثة (وقد ادلينا
فيما سبق ببراہين على ذلك لا يمكن دحضها) فان السل يستقر في احياء فيها
ابنية مشتبه بها ولكن ليس لشروط الابنية الصعبة اقل شأن في استقراره
فيها . فساكن هذه الاماكن الملوثة يسلون وراثة لأن والدهم كانوا
مسلولين . ويطل جيلهم حاجة بمض الافراد الى الاقامة في مثل هذه المساكن
الوضيعة الى قربها من محل عملهم مفضلين السكنى فيها على الاماكن البعيدة
فهم يقيمون ما دامت في حيزهم منازل مناسبة لهم . وهل يمكنهم ان يتجاوزوا
الى مساكن ضيقة صغيرة ربما كانت اكثر تلوثاً من تلك التي قد يجبرون
على تركها ؟ ومهما كانت الحال فان وفرة الحوادث السلية في هذه المساكن
السيئة تتضح بسهولة بدون ان نرى حاجة الى ذكر مساوئ الافادة والتهوية
او غيرها من الوسائط الصحية الاخرى .

اذا ما عدنا الى الجداول التي تبين لنا نسبة وفيات السل في الفمن
السكان في الانحاء الست التي حددناها رأينا انه على الرغم من الجهود الجبارة

التي بذلتها الادارة الصحية والنفعات الباهظة التي صرفت على تحسين الاماكن المشته بها لم تختلف الوفيات مدة ٢٠ سنة ما بين عام ١٨٩٤ الى ١٩١٤ . وقد لوحظ في عقب الحرب العامة عام ١٩١٨ ان الوفيات قد هبطت فجأة من ٨,٢٦ الى ٦,٤٠ . وهذا لا يمكن تعليله الا بدخول عدد كبير من المستأجرين الجندية وبسبب تحسين احوال المعيشة الصحية ليس غير لانه لم يتغير شيء مطلقاً في هذه البيوت الوضيعة ولم توسع الشوارع طوال هذه المدة .

قلنا ان السل مرض الظلمة فهذه القرصية تقوم في وجهها الاعراضات الآتية :

(١) ليست لنا حادثة معروفة تبرهن ان قلة نور الشمس عامل للاسلاسل
(٢) لم يشاهد حين التفريق بين الوفيات السلية اي فوارق اساسية في حالة السكان الصحية القاطنين في تلك المساكن الحفيرة .

(٣) اهملوا ذكر نصيب الصدفة في توزيع الوفيات في المساكن .
(٤) ان خيبة تأثير الاصلاحات المجرأة في تلك الانحاء السلية التي حدها جيلره وتمدد الوفيات فيها عوامل لا تتلائم والنظرية السابقة في تعليل انتشار الآفة .

وانه لمن السهل ان نضيف امثلة جديدة علاوة على ما ذكر على انه لا يمكن لاحدها ان يلقي بصيصاً من النور على المسألة لانه لم يفكر احد من المؤلفين في كيفية توزع الوفيات في المساكن . ولا يغرب عن البال انه من الضروري ان تفكر في دور الصدفة في احداث الكثير من الوفيات فيها .

(ج) دور الصدقة والاتفاق : تحديد قيمتهما

كيف يمكننا أن ندرك قيمة عامل الصدقة في حوادث الوفيات في المساكن ؟

ان اول ما يجول في خاطر هو الجري وراء حساب الاحتمالات . على اننا نصطدم هنا بالمستحيلات لان بعض العناصر الحساسة تفوتنا . واذا عرفناها ولا بد فانها تكون معقدة وغير محدودة بحيث ان عدد السكان يختلف اختلافاً شديداً عندما تنتقل من بناية لأخرى .

واننا لنعتمد انه يعمد حل هذه المسألة بالاتجاه الى طرق مقصودة بل لا بد من سلوك سبل شتى متعرجة لادراك هذه الغاية وهذا ما حدا بنا الى استنباط : « الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة » . فهذه الطريقة الحديثة مكنتنا من اثبات ان الزعم القائل بوجود منازل للسرطان لا تركز على اساس ثابت فانها تستند الى بعض الظواهر المتكررة في الاماكن نفسها المرادة دراستها والتي لا علاقة لها البتة بالابنية نفسها . فلو اننا اخذنا مثلاً عدد المواليد والزيجات الحاصلة في بلدة لا يمكننا ان نقول ان امرها يتعلق بالسكن والتهوية والاثارة ولا بطبيعة المياه الخ .

فهذه الحوادث اعني المواليد والزيجات هي مجموعة عوارض يختلف كل منها عن الآخر وهي في الوقت ذاته عرضية لا ارتباط لها بوضعة اماكن السكنى وجل ما يمكن ان يقال هو ان الصدقة ليس غير هي التي تلعب الدور الاكبر في هذا التوزيع . فاذا حددنا عدد المواليد في مساكن بلدة ما لمدة معلومة امكننا ان نحصر الحالات التي تندخل فيها الصدقة في

العدوى بواسطة المساكن. لاتنا اذا ما قارنا بين هذه الوفرة والوفيات بالسل في الاماكن ذاتها وفي المدة المعينة نفسها والعدد نفسه حصلنا على فكرة ناتجة عن تأثير المنازل الوخيمة في انتشار السل ما دما قد تمكنا بالتفريق من حذف الدور العائد للصدف .

قالوا كثيراً ان البراهين المأخوذة من الجداول لا قيمة لها حتى انها احياناً قد تكون معكوسة فهذا القول له نصيب كبير من الصحة ذلك لانه ليست شروط هذه المساكن هي العامل في هذه الاختلافات فحسب بل ان للصدف تأثيراً لا ينكر . فاذا ما عدنا الى طريقتنا اي الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة فلنبيّن انها لم تنل حقها من الاعتبار اذ ان هذه الطريقة تمكنتنا اليوم من الحصول على نتائج لا تقبل الرد .

(للبحث صلة)



الحيويات (الفيتامينات)

في الكيمياء الحيوية

للمعلم في الصيدلة والكيمياء صلاح الدين مسعود الكواكبي

الحياة في عرف الأحيائيين ، تقلبات مضادة حمة من تمثّل وتنكّث (اي من ترميم وتخريب) تجري دوماً على ما يسمى الاغذية والغذاء في اصطلاح الأحيائيين ايضاً ، المواد التي تُدخل المضوية الحية تمويضاً لما تفقده من الاجسام المستهلكة في اعماق النسج وترميماً لما يتخرب منها بأسباب شتى ، وحفظاً للقدرة اللازمة لإدامة حياة هذه المضوية واذا القينا نظرة على تصنيف الاغذية الذي كان يسير عليه الاحيائيون حتى الى عهد قريب نجدّه يضم ثلاثة انواع من الاجسام الطبيعية التي يلخصها الجدول الآتي :

الاغذية (اللاعضوية)	الثلاثية {	السكريات : السكر ، سكر الابن ، سكر العنب ، القشاح
	المضوية {	الشحومات : الزيوت ، الدسم ، الزبدة الخ
	الرباعية {	آحين البيض ، اللحم ، الدابوق الخ
اللاعضوية {	الماء ، الاكسجين ، حمص الفسفور ، حمص الكبريت ، السليسر ،	البوتس ، السود ، الكلس ، المانيزا ، الحديد ، اليود ... الخ

ولا نرى ذكرّاً للفحوم الهدرجية بين هذه المواد المدودة من زمرة الاغذية اذ لم يكن الاحيائيون يملكون عنها ما يستوجب وضعها في عداد الاغذية .

اما اليوم فلقد اخذت الفحوم المهدرجية مكانها في الكيمياء الحيوية خصوصاً بعد ان توفرت المعلومات عنها وكشفت بالدرس والتجارب الطويلين، القرابة التي تمت اليها هذه الفحوم المهدرجية سواءً منها المطرية واللاعطرية بصلة الى الحيوانات (القيماينات) تلك العناصر العاملة في تنشيط الحياة وانماء العضوية .

ادخلت هذه الفحوم المهدرجية منذ سنين ، بين المواد الغذائية التي تحتاج اليها العضوية وحتم درسها في الكيمياء الحيوية في جامعات العالم ، مع الاغذية المعروفة الى اليوم ، فحق علينا ان نتقدم لقراء مجلتنا بمقالات نطلعهم فيها على هذا الصنف الطريف وما يحتوي عليه من الاجسام الخطيرة الشأن التي جعلت حديثاً في مصاف ما يتناوله الحي ادامة حياته .

وسنبداً بمقالنا الاول هذا بكلمة عن الفحوم المهدرجية ، اساس الحيوانات التي تعد اليوم قوام الحياة ، توطئةً وتسيلاً لهم ما سيتلونها من مقالات في الحيوانات بالخاصة من الوجهتين الكيميائية والحيوية .

الفحوم المهدرجية في الكيمياء الحيوية . - من المعلوم ان اسم الفحوم المهدرجية يطلق في الكيمياء العضوية على الاشخاص الكيميائية المؤلفة من عنصرى الفحم والمهدرجين فقط ، وقد يظن لذلك ان تكون هذه الاجسام على درجة من البساطة لا يستدعي درسها كبير عناء على ان الحقيقة ليست كذلك لان من هذه الاجسام ما هو اشد تعقيداً من الاجسام التي تتركب من ثلاثة عناصر فاكثر .

الفحوم المهدرجية التي تصادف في الكائنات الحية من حيوان ونبات

هي من الصنف اللادوري الملتاني المشبع والأتيلني غير المشبع ، ومن الصنف الدوري الكثير الدوائر والمختلط الدوائر او من كليهما اي من الصنفين اللادوري والدوري معاً .

فما كان منها من الملكة النباتية فكثير جداً سواء منها الثانية او الأتيلنية . فاما الملتانية فاكشافها في الكائنات الحية .. خصوصاً -- في النبات - امر حديث يرجع الى سنة ١٩٢٦ اذ امكن استخلاص ثلثة مشبعة ، من شمع الورد كانت القعوم فيها عالية ذات ١٦ -- ٢٠ - ٢١ - ٢٢ - ٢٣ - ٢٦ - ٢٧ - ٣٠ واعقب هذا استخلاص فحم هدرجيني من اوراق اليخنة والاسفناخ فحمه ٢٩ ($C^{29}H^{60}$) ثم فحم هدرجيني آخر فحمه ٣١ ($C^{31}H^{64}$)

واما القعوم الهدرجينية الأتيلنية فتوجد في الملكة النباتية وتتصل ببعض الحموض الدسمة وبعض الحموض غير المشبعة التي توجد في بعض الاثمار ومنها المسمى (اوله آستان $C^{31}H^{60}$ oléastane) الذي وجد في الزيتون .

وبعد ان تواتر اكتشافات القعوم الهدرجينية وكثر عددها وجد من الضروري تصنيفها لتسهيل مطالعتها وبعد الدرس الطويل وضعت كلها في سلسلة خاصة هي السلسلة التربينية الكبرى التي تضم التربينات المنتشرة جداً في الملكة النباتية والتي هي نتاج تكاثف فحم هدرجيني غير مشبع يسمى (ايزوبرنه isoprène) الموضوع في صنف التربينات النصفية وصيغته المطوية $C^{10}H^{16}$ ومن تكاثفه تشتق التربينات اولاً كالسكالن (Scalène)

الموجود في كبد بعض الأسماك ، والليكوبين (Lycopène) الموجود في الطماطم وهو صبغة الاحمر الجميل ، والكاروتين (Carotène) الموجود في في اوراق الجزر ومشتقاته القولية كأصفر الورق (xanthophylle) والفتول (phytol) وخصوصاً الفيتامين آ وكثير من المركبات الاخرى ذات الفهم ٤٠ التي لها شأنها في الكيمياء الحيوية لعلاقتها في تكوين الفيتامين آ كجاسياتي . ثم تشتق من كائناته الاخرى المنقطة التركيب وعلى رأسها المطاط ذو الصيغة $(C^{10}H^{18})^n$ (*)

والتربينات على ثلاث شعب اصلية : شعبة مولدات التربين ، وشعبة التربينات الوحيدة الدور ، وشعبة المضاعفة الدور ، وعلى ثلاث زمر فرعيات زمرة التربينات والنصف ، وزمرة التربينات المضاعفة او المثناة ، وزمرة الكثيرة التربين .

الشعبة الاولى . - شعبة مولدات التربين والفهم فيها (C^{10}) وهي لادورية، تتكون اجسام هذه الشعبة من فحم هدرجيني اصلي هو (ديمثيل او كتان) ينتج من اكسدة المطور بالبرودة بملاسة اسفنج البلاتين وفيها : اورتوسيمن (مثيل ايزوبرويل بنزن) ويوجد في عطر الريحان (basilic) ميرسبن (مثيل متهن او كتادين) ويوجد في عطر الباي (Bay) وبأ كسد هذه التربينات تنتج الاغوال المشتقة منها واشهرها :

(*) ان n في هذه الصيغة تساوي ١٠٠٠ على رأي بعض العلماء والذرات فيه محدات متى متى بحيث تؤلف دورة ثمانية الاضلاع هي ديمثيل او كتادين المتناظر - diméthyl - ocladiène الذي يكون المطاط احد مكوناته العالية جداً .

الجيرانول ($C^{10}H^{10}O$) وهو دي متيل اوكتاديه نول وهو غول اولي مائع برائحة الورد يوجد في عطور الازهار .

والستيرونه لول ($C^{20}H^{30}O$) وهو دي مة تيل اوكته نول وهو غول اولي ايضاً يوجد في عطر المليسا .

والرودينول ($C^{10}H^{10}O$) يماثل السابق ويوجد في عطر الورد والسردينه واللينالول $C^{10}H^{10}O$ يماثل الجيرانول ويوجد في عطر البرتقال والندلينه وبأ كسدة هذه الأفعال تنتج الغوليدات (آلدهيدات) التي توجد كثيراً في الطبيعة منها :

السترال او الجيرانال (دي مة تيل اوكتاديه نال) وهو جسم سائل برائحة الليمون وله شأنه في الكيمياء في الاصطناع بالتكاثف لانه بمعالجته بالخلون الاحادي بعلامسة الصود المرقق تطرح منه ذرة من الماء ويتكون جسم لادوري ذو شأن هو (البونون الطائب) الذي اذا عولج بمحمض الكبريت يتبه بذرتين من الماء متحولاً الى خلون تربيه دوري ويكون جسمن متماثلين : بونون آ- وبونون ب هما عطر البنفسج ، وبما هو جدير بالذكر ان بونون ب هذا يتكون بنتيجة تأكسد الكاروتن الذي يمد اليوم منشأ للحيونات .

فلهذه الشعبة اذن اهميتها في اصطناع الحيونات .

الشعبة الثانية ، - شعبة التربعات الوحيدة الدور وتتكون من تركب الايزوبرن تركباً دورياً بسيطاً بلا هدرجة او مع الهدرجة وفيها اسر : اسرة الماتان ($C^{10}H^{20}$) ، واسرة الماتن ($C^{10}H^{18}$) واسرة الماتادين ($C^{10}H^{16}$) .

ففي الاسرة الاولى اي المائتان نجد (المائتان ، والمائتول ، والمائتون ، والاولكابتول) ، وفي الاسرة الثانية اي المائتهن التي تتكون من خمس (٥) المائتان اي ازالة اشباعها بزع هدرجينين منها لتصبح ذات ارتباط مضاعف ، نجد (المائتهن ، والدي هدر وكارفون) ، وفي الاسرة الثالثة اي المائتين التي هي اقل اشباعاً من اسرة المائتهن وتتكون بخسف هدرجينين آخرين من ذرة المائتهن لتصبح ذات ارتباطين مضاعفين نجد (الليمونهن وكارفون الكمون)

الشعبة الثالثة . - شعبة التربينات المضاعفة الدور ($C^{10}H^{16}$) نجد فيها ثلاثة نماذج . النموذج الاول الينان وفيه (آقايتهن) . النموذج الثاني الكامفان وفيه (الكامفهن ، البورنهؤل ، الكافور) . النموذج الثالث السايثان وفيه السايتهن الذي يستخرج من الأبهل والسمسق والمرزنجوش ، والتاناسه تون او التويون الذي يستخرج من البرنجاسف والشيح .

اما الزمر الفرعية فهي : (١) زمرة التربينات والنصف $C^{15}H^{24}$ وتوجد في حشيشة الدينار وعطر القرفل ، (٢) زمرة التربينات (المئنة) المضاعفة ($C^{20}H^{32}$) وتوجد في الراتنجيات والبلاسم . (٣) زمرة الكثيرة التربين ($C^{25}H^{40}$) وتوجد في الراتنجيات والبلاسم ايضاً .

هذه كلمة موجزة عن التربينات المنتشرة جداً في المملكة النباتية ومنها ما هو موجود في بعض العقاقير الطبية ويستعمل للداواة واكثرها من المطور .

(٥) الحسف النقص وبات فلان الحسف اي جائماً فيصح استعمالها لا يقابل الكلمة الافرنجية (désaturation) ومناها ازالة الاشباع اي جعل الذرة غير مشبعة كما بها جائزة .

اما الفحوم المهدرجية التي هي اعظم شأناً من الوجهة الحيوية فهي التي توجد في المملكة الحيوانية . ففي زيت كبد السمك المسمى الحوت الكلي (requin) لحم هدرجيني صيفته ($C^{18}H^{38}$) استخلصه تسوجيموتو الياباني سنة ١٩١٧ .

وفي بعض الحيوانات فحوم هدرجينية تختلف انوانها من الاصفر الى البرتقالي الى الاحمر كانت معلومة قبلاً باسم اللوتئينات (lutéines) او اصباغ الدم (lipochromes) لمصاحبها الدم على الغالب ، وهي ذوابة في المواد الدهنية وتوجد ايضاً في بعض النسيج او الغدد الغنية بالدم كالجسم الاصفر في البيض .

هذه الاجسام الدسمة اذا صبّنت . تتيج صابوناً ايض تماماً لا لون له . مطلقاً وتبقى بقية من التصبين ملونة بشدة . هذه الفحوم المهدرجية هي التي تصبغ بألوانها الخاصة اجساماً معلومة كحج البيض مثلاً فلونه الاصفر ناجم من فحم هدرجيني او من احد مشتقات تأكسدة ولكن التكاثر في محج البيض ضئيل جداً بحيث لا يستخلص من ٦ آلاف محج اكثر من ٤ غرامات من اللوتئين غير النقي البلور الذي ليس هو بفحم هدرجيني بالخاصة انما هو مزيج جسمين ذوي وظيفة فولية هما اصفر الذرة (xéaxanthine) (٣٠٪) واصفر الورد (xanthophylle) (*) وكان يسمى (أيتولين éthioline) (٧٠٪) ومن هنا تتبين صلته بالكاروتين $C^{40}H^{56}$ لان اصفر الورد يوجد مع الكاروتين دائماً في العضو ذاته ولأن شدة اصطباج المحج منوطة بوجود

(*) صبّته $(C^{40}H^{56})_2$.

الكاروتين الذي يتلهمه الدجاج كما تأيد بالتجارب .

ولا يبعد ان يكون الجسم الأملي الذي يصنع الملح ، فعماً هدرجياً حقيقياً لأن هذه الاجسام خصوصاً منها التي توجد في الحيوانات هي مواد سريعة التأكسد جداً وغير ثابتة وتستحيل الى مواد غولية بتحلل الذرة .

ومما يجب ذكره ههنا ان الوان الدم الحيوانية او الانسانية ليست ناجمة من اللوتين بل هي من فحوم هدرجينية اخرى كالكاروتين الذي يصادف في لملكتين النباتية والحيوانية على السواء .

افاللون البرتقالي في الجزر ناجم من جسم خاص يدعى اليوم (الكاروتين) وفقاً لمقررات المؤتمر الدولي وهو فحم هدرجيني كان الكيمياوي الافرنسي آرنو اكتشفه سنة ١٨٣٠ في الجزر ودرسه درساً دقيقاً وتمكن من استخلاصه من اوراق الجزر الخضر وحقق طبيعته . وهو يوجد في اوراق الجزر بمقدار ضئيل جداً بحيث لا يتج من ٥ آلاف كغ من الجزر الطري اكثر من ١٢٥ غراماً فقط من الكاروتين النقي بعض التفاوت ٢٠ - ٢٥ غراماً فقط من الكاروتين النقي جداً .

ومن ١٠ آلاف مبيض بقرى تمكن (أشهر Echer) من استخلاص ٤٥ سغ فقط من الكاروتين . (البحث صلة)



مجلة الجمعية الطبية اللبنانية ايضاً

رد على رد

طلع علينا الجزء الاول من مجلة الجمعية الطبية اللبنانية يرفل بثوبه العربي القشيب فأبتدرته مجلة معهدنا الطبي العربي في جزئها التاسع بابتسامة نامة على الاخلاص والمودة . ولما كانت الصراحة رائدنا في كل ما نكتب يننا للزميلة الجديدة ان الحطة التي رسمتها لنفسها الخطأ المشهور خير من الصواب المبهجور ، خطه لا يقرها علم ولا فلسفة ولا حقوق اللغة نفسها ورجونا منها ان تتقي اللغة الطبية لتكون في لبنان رسول العلم واللغة الامين . فاجابتنا ان احد اساتذة معهدنا الطبي رسم لنفسه في مقدمة كتابه هذه الحطة ولم يوجه اليه ذلك الاحتجاج العنيف ، رأينا في الامر لا يتغير ايأ . كان مقترحه غير اتنا لم نعره اهتماماً لانه يعبر في مقدمة الكتاب عن رأي المؤلف الشخصي وقد امرناه اهتماماً اكبر بعد ذكره في صدر المجلة الجديدة لانه يعبر عن رأي عام يتشئ عليه كتبها العديدون وهم يمثلون معظم اطباء العاصمة اللبنانية . واخذنا على المجلة بضماً من الكلمات قدمناها لها مثلاً ونحن لا نرغب في النقد الجرد النقد ولا نرعي من وراء ما كتبنا الا الى غاية واحدة هي صون اللغة العلمية ولا سيما الطبية منها من الاخطاء القاضحة والتعريب المشين الذي جرى ولا يزال يجري عليه بعض من المجلات العلمية في الاقطار العربية فاذا باطافتنا الرقيقة قد انقلبت « مجلة شمواء » كما جاء في الجزء الرابع من الزميلة

المزيرة واذا بدعوتنا الاطباء السوريين الى مؤازرتها تستحيل ، بحسب ادعائها ، تنويهاً بكساد مجلتنا لحافظتها على اللغة ورواجاً للزميلة لحواسنها عليها ، واذا بالاخطاء التي نهينا الزميلة لها ينسب اليها الوهم والضلال فيها .

انا نمتذر للزميلة المزيرة ونعدها انا لن تعرض لها بعد الآن في ما تكتب فلتستعمل ما شئت من المصطلحات ولتسود صفحاتها بما ارادت من الكلمات المرببة . غير انا نعلمها ان مجلتنا رائجة والمجد لله في الاقطار العربية رواجاً تمنى لها مثله وان عدداً كبيراً من علماء اللغة والمستشرقين مع انهم من غير ابناء ابقراط يلحفون في طلبها ليقفوا على نهضتها في الوضع ويراقبوا عن كسب سير اللغة مع العلم الحديث وقد كتبوا لنا مراراً معجيين بالخطبة التي تبعها .

ونحن اذا قطعنا على انفسنا عهداً بالصمت ووعداً للزميلة المحترمة ألا تعرض لها في المستقبل نسألها الآن ان تسمح لنا وقد نسبت اليها خطيئات هي احق بها منا ، ان تناقشها الحساب في ما كتبت .

انا خطانا من يقول كريات الدم الحمراء والبيضاء وذكرنا لها القاعدة فاجابتنا بما نصه : « وهو وهم خاتمه الذاكرة فيه لان القاعدة الصرفية التي رجح اليها هي للعامل فتقول نساء بيض اما غير العاقل فالانثى جمه بصيغة المفرد فتقول لبال سوداء » ا .

ما كنا نود ان ندخل في جدال لغوي مع الزميلة المحترمة والمجلات الطبية ليست مجلات لغوية غير انا نرانا مضطرين الى طرق هذا الموضوع لا دفاعاً عن الذات ونحن وزملاؤنا البيروتيون اخوان وسيان عندنا اخطأاً ام أصبنا اذا كان في خطأنا ما يرضيهم بل دفاعاً عن الحقيقة واقناعاً للزميلة المحترمة لعلها تمدل عن خطاي تصورته صواباً فخرت عليه فلتسمع لنا ببيان ما يثبت رأينا ويظهر خطأها :

ان افضل وفضلاء اذا وصف بهما جمع وجب جمعا ولم يحز استعمال المفرد منهما قال امام اللغة ابو العباس المبرد في الكامل (ج ١ ص ٣٩٠) ما نصه : « فان اردت نثاً محضاً يتبع النثوت قلت : مردت شيا ب سود وبخيل دهم وكل ما اشبه هذا فهذا مجراه » وقال في (ج ٢ ص ٢٥٠) ما نصه : « وان اردت ادهم القني هو نث محض قلت دهم » اه وجاء في مختار الصحاح في مادة ح ر ر : « الحرة : ارض ذات حجارة سود نخرة كأنها احترقت بالنار » ولم يقل حجارة سوداء

وقد اخذ الدكتور امين باشا مطوف وغيره من القوميين على مجلة مجمع اللغة المالكي في القاهرة هذا الخطأ وهذا نص كلامه :

« ثم ان قولهم افراقات الفدد الصماء خطأ صوابه الفدد الصم وقد تكرر هذا الخطأ في مواضع كثيرة وصوابه صم كما تقدم فيقال الفدد الصم والكريات البيض والكريات الحمر ولا يجوز غيره وفي سورة البقرة « صم بكم عني » (الآية) وغيرها كثير فان قيل هذا المذكر العاقل قلنا فقد ورد غيرها للمؤنث ولغير العاقل كما في الآية التي جاء فيها : « . . . ومن الجبال جدد بيض وحمر مختلف الوانها وغرايب سود » فجمع افضل وفضلاء بما يدل على عيب او لون او حلية فقل ولا اظنه ورد في كلام الرب على غير ذلك فيقال حيئات صم وغدد صم وكريات بيض وكريات حمر » انتهى

يتبين مما تقدم ان الذاكرة لم تخننا وان الوهم لم يتسرب فينا واذا كان وهم في ما نبهنا له فلعنه يعود الى اساطين اللغة الذين نقلوا النبا قواعدها وفرضوا علينا التقيد بها والسير عليها ومتى عرفت الزميلة العززة ان من نه لهذا الخطأ وقوم هذا الأود في كتاب الرب هو المستشرق اللمامة (فريس كرتكو) هان عليها الامر واتضح لها ان علماء العرب اراءف باللغة العربية من ابنائها .

وقد خطأنا في كلمة « جنسية » عوضاً عن « يلودية » قائلة ان الجنب تمريب (وهي تريد ترجمة) (côte) وليست تمريب « كذا » (plevre) وكان الاخرى بها قبل ان تنسب اليها الخطأ ان تقرأ في قانون ابن سينا وفي كامل المعناطة الطيبة للمجوسي وفي تقويم الابدان لملي يحيى بن عيسى بن جزلة

البغدادي المتوفى سنة ٤٩٣ هـ وفي شفاء الاسقام ودواء الآلام الحضر بن علي بن الخطاب وفي كثير غيرها من كتب الطب القديمة ما كتب فيها عن (ذات الجنب) لتعلم ان الجنب قد اراد به اطباء العرب غشاء الجنب فعذفوا المضاف وابقوا على المضاف اليه وقالوا (ذات الجنب) ولم يروا حاجة الى القول (ذات غشاء الجنب) (وغشاء الجنب هو ما يسمى بالفرنسية *pièvre*) فلا اوم علينا اذا جرينا مجراهم فعذفنا المضاف حين النسبة وقلنا (الجنبية)، وذات الجنب تعبير شائع بين العامة قبل الخاصة اما اذا كان قراء زميلتنا العزيزة يفهمون (اليلورية) اكثر من (الجنبية) على الرغم من شيوعها فلتكلمهم الزميلة باللغة التي يفهمون . وقولها في ترجمة (سروز) تصلب الكبد مردود وخطأ فالتصلب هو (*sclérose*) وليس (*cirrhose*) ولو انها رجعت الى اصل الكلمة ما زالت تود الاحتفاظ بذلك التراث اللاتيني اليوناني للغة العربية لكانت عرفت انه من (*kirrhos*) اليونانية ومعناها (*roussâtre*) وهي الكبة اي الغبرة المشربة سواداً وقد ترجمها الترك «بتشمع» فلنا منهم ان اصل الكلمة (*cire*) ومعناه الشمع وهو خطأ.

اما الكساح فاذا جاز لنا استعماله (للارخيس) (وهو خطأ مشهور) جرياً على قاعدة المجلة من باب تسمية الشيء ببعض اعراضه فيجوز لنا ان نسمي الكسر والخلع والتهاب العظم والنقي والوئام وكل ما احدث زمانة في الطرفين العلويين او السفليين كساحاً لان الامراض التي ذكرتها تشل الحركة اكثر من (لاراخيس) فتكون قد خدمنا الامة الطبية بسيرنا على هذه القاعدة المرجاء اجل خدمة .

ولست انتقد المجلة في بؤالة وبيلة وإزالة التي نسبتها المجلة بـ "تأصل في الاشتقاق وغلو في الاجتهاد لا مبرر لها" ولو أنها عرفت أننا لم نستنبط هذه الكلمات بل ان اثنتين منها مدوتان حتى في اسطر المعاجم العربية وان الثالثة قياسية وليس من تامل او غلو في وضعها لتحققت انها وجهت الى من يشاء لطلما البهي صوتاً لا يستحقها . فالبيلة هي الاسم من البول فهي ترجمة (miction) كما ذكرنا والبؤالة هي الكثرة وكلتا الكلمتين صحيحتا الوضع وفقاً لما ذكرناه في مقالنا الاول . اننا نتصح لازمة المزرة قبل ان تورد ادراك في اللغة ان ترجع الى المصادر ليكون لها مستند تستند اليه

واما الابوال والاعصابي اللتان لم يروفا المجلة لانهما بحسب مدعاها منسوبتان الى ابوال واعصاب لا الى الامراض نفسها فما على ما نرى ويرى غيرنا من عانوا الوضع والنشر والتأليف عشرات السنوات خير ترجمة للكلمتين الاعجميتين ولعمري اذا كانت نسبتها في العربية الى الابوال والاعصاب (وهذا ما نريده للدلالة على المهنة) افهي على غير ذلك في اللغة الاجنبية ؟

ولتعلم الزميلة المحترمة ان التعريب (ونحن به نقل الكلمات الاعجمية الى العربية بلفظها الاجنبي) لا ينبغي اللغة العربية من الفوضى بل انه ضربة تقصم ظهر اللغة وتذك اسسها فان من درس العلوم الطبية بالفرنسية سيرب عنها بلفظها الفرنسي ومن تعلم الطب بالانكليزية او الالمانية فيسرب الكلمات بحسب النطق بها بهاتين اللغتين ومن شاء ان يكون منصفاً سيرب عن الصيغة اللاتينية او اليونانية وقليلون هم الذين يعرفون هاتين اللغتين فتم الفوضى ويسود التبلبل خذ مثلاً (الكيلوس) فاننا اذا عربناها عن الفرنسية قلنا (شيل) (بكسر الشين) وعن الانكليزية قلنا (كبل) (بفتح الكاف) وعن الالمانية قلنا (ملخضفت) على ما اظن فليتأمل القارئ في تلك الفوضى وليرث لحال اللغة المسكينة وتبلبل ابناؤها . وقبل ان تهني كلامنا مع الزميلة نقول ان اقتراحها باعجاب لجنة لبنانية سورية تعقد اجتماعاتها بالناوبة في بيروت ودمشق وتحت في المصطلحات الطبية جميل ومفيد غير ان ابراز الاقتراح الى حيز العمل صعب ان لم تقل مستحيلاً فان لكل منا اشغالات تحول دون قيامه بهذا العمل الكبير . وان ما تقوم به اللجان اذا كان قيامها بعمل نافع مستطاعاً ، تقوم به المجلات بدون عناء كبير اذا صححت الزميمة وسفست الطوية وديست الالمانية وكانت الغاية خدمة

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٧ م الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٦ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ١١ ايار سنة ١٩٣٧

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العلم منير السادات : المستقبل الولادي لعنق الرحم المدوي (coagulé) : ذكر الباحث الطرق المختلفة المستعملة في تدوية (coagulation) الاغناق الملتببة ونوّه بفائدتها الكبيرة بعد ان اختبرها طويلاً في حوادث عديدة واورد بهذه المناسبة مشاهدة جاه بها كثال على فائدة التدوية وهي حادثة ابنة اصيبت بالسيلان وظل عنق رحمها ملتبباً بعد الزواج فتأخر بسببه حملها فمالجها بتدوية العنق فعملت وسار حملها سيراً طبيعياً وولدت ولادة طبيعية كانت دليلاً على بقاء عنق الرحم لئلاً بعد التدوية وقد لفت الباحث الانظار الى هذا الامر في تقريره

الناقشة : العليم سوليه

٢ - العليم انطاس شاهين ، معالجة الحناقات الحادة بالبرموت : اذا ما حققت المضلات بحقنة او حقناتي كامي او نيوكرديل قصر سير الحناقات المختلفة : الحناتق اللبي (pultacée) وحناتق ففسن وسواهما وسكن الالم بسرعة . ولا يفعل البرموت في الحناتق القلعموني حيث يؤثر البرويدون تأثيراً حسناً واما الحناتق النوصي (الافرنجي) فيتحسن شخصاً محسوساً اذا ما اشرك الاستئصال (sérothérapie) النوعي مع البرموت في معالجته

الناقشة : العلاء رابو ، سوليه ، شاهين

٣ - العليم رابو ، بعض ايضاحات جديدة حول مشاهدة قديمة ارض ستوكس ادمس الرضي : ان مشاهدة حصار القلب تتمزق حجاب الرضي التي رفعها دوفوار وبوله وبوترا ويزون ومدام زل كوشي الى جمعية المستشفيات الطبية في جلسة ٩ نيسان سنة ١٩٣٧ والتي شاهدها غالافردن . منذ عشرين سنة خلت تشابه اتم المشابهة الحادثة التي قدمها المؤلف في جلسة سابقة الى الجمعية الطبية الجراحية في دمشق . ان تمزق حجاب القلب الرضي نادر ومع ذلك فقد اثبتته مشاهدات لموري بلوخ وجان ماير وروزنسون وبولسوخ ولا كروز وذكرت فيها درجات خطره منذ النزف الخفيف الرضي في الحجاب حتى التمزق التام كما في مشاهدة المؤلف ومباشرة المؤلفين الباريسيين

الناقشة : العليم حسني سبيع

٤ - العليم حسني سبيع وجمال الدين الفحام : حادثتا شلل دفتيريائي وحادث فالج دفتيريائي : يذكر المؤلفان عدا حادثتي شلل دفتيريائي عاديتين

حادثة نادرة من فالج شقي ينسبها الى تأذي قشرة الدماغ بالذيفانات

الناقشة : العلماء ترايو ، شارل ، سبج ، ترايو

٥ - قدم العليم شوكة القنواقي جنذاً طبيعياً عمره خمسة اشهر اسقطته

امه مع مشيمة طبيعية وطرحت بمله رحي عذارية (môle hydatiforme) وهو

يلقت الانظار الى ندرة هذه الحادثة

٦ - قبلت الجمعية العليم منير السادات عضواً فيها . مرشد خاطر

١ - المستقبل الولادي لعنق الرحم

المدوى (coagulé)

للعليم منير السادات

اصبحت تدوية عنق الرحم الملتهب الكهريه او تدويته الاستخراجية

(coagulation diathermique) معالجة يستعملها الآن السواد الاعظم من

النسائين (الاختصاصيين بالامراض النسائية) . وتجري هذه التدوية بامرار

تيار استخراجي على عنق الرحم حيث ترتفع حرارة الانسجة الموضعية

(ولا ترتفع حرارة الآلة الموصلة لتيار الكهربي) ولا تتجاوز هذه الحرارة

الموضعية الدرجة مائة على سطح الانسجة الملامسة للقطب القاعل (l'électrode

active وتتحف تدريجياً كلما أبعد عن السطح المذكور . فيحصل في

الحلايا نوع من الطهي يرسوب الاجزاء الهلامية الغروية الهيولية فيها وتنشأ في مكان الانسجة المدوّاة انسجة لها من الاوصاف الغريزية ما لغشاء الرحم المخاطي السليم : فالندبة لينة والتضيقات المقبلة الممكنة المحصول في قناة عنق الرحم نادرة فلا عجب اذا ما فضّلت هذه الطريقة سواها من الطرائق الكاوية المتتادة كالفلوز (Filhos) واذا ما كانت نتائجها باهرة .

تحقق التدوية بطريقتين : ١ - التدوية الوحيدة القطب (monopo - laire) ذات الفعل الخفيف واستعمالها قليل في الامراض النسائية كالتهابات الرحم الخفيفة . ٢ - التدوية المزدوجة القطب (c.bipolaire) وهي قسمان : أ - المزدوجة القطب والوحيدة الفعل (b.monoactive) ب - المزدوجة القطب والمزدوجة الفعل (b. biactive) ويستعمل كل من هذين النوعين الاخيرين بحسب الآفة وموضعها ويرجع استعمال المزدوجة الفعل في خارج عنق الرحم والوحيدة الفعل في قناة عنق الرحم . على اني استعمل المزدوجة الفعل ذات الكُرَى (électrode biactive à boules) المنسوبة الى رينيار (Regnard) من صنع والتر (Walter) سواء في معالجة التهاب الحاراجي لتعطية القنومة (Museum de Tanche) او في التهاب الباطني لقناة عنق والجلأ في بعض من الاحوال النادرة الى استعمال الشوكة الإستحرارية (fourchette diathermique) في التهابات عنق الرحم البضخامية لتصغير حجمه الجسيم . واستعمل في التهابات باطن قناة عنق المستعصية التدوية الوحيدة الفعل غير انني اصيد القول بأن التدوية المزدوجة الفعل تكفي في اكثر الاحيان فقد استعملتها في ما ينيف على مائتي حادثة

منذ السنة ١٩٣٢ حتى الآن وكنت ممتناً من نتائجها الحسنة . واود ان الفت النظر بالخاصة الى الغاية الاساسية من هذا التقرير اعني بها لان الندبة الناشئة من تدويه عنق الرحم التي لا تعوق بتاتاً الحمل والوضع القبلين بل انهما يتيان معها بلا اقل عارضة وسأكتفي بذكر مشاهدة واحدة من كثير من مشاهدات عالجتها

التهاب قناة عنق الرحم — تدويه — حل ووضع طيبمان

الآنسة ج . س. عمرها ٢٤ سنة من دمشق استشارتني في سنة ١٩٣٢ لسيلان (تعقبة) اصببت به حديثاً : سيلان اصفر مخضر يترز من صمناخ البول وفوهة غشاء البكارة غير المزق . وفي السيلان مكورات بنية (غونوكوك) مستبطنة للخلايا القيحية وخارجة عنها . عالجتها بفسولات فوق مانفالات البوتاس الاحللية والمهبلية بانبوبة من المطاط محافضة على بكارتها وحقت وريدها بالفوناكرين (Gonacrine) وتحت جلدتها بلقاحات مختلفة مضادة للمكورات البنية . واجريت لها عشرين جلسة استعرارية بشموعات هيفار مدة كل منها ثلاثون دقيقة . فكانت النتيجة ان شفيت المليلة سريراً ومخبرياً بعد الانتهاء من هذه المعالجة . وفي سنة ١٩٣٤ تزوجت وفي سنة ١٩٣٥ استشارتني لسيلان ايض وابدت رغبها في الاثومة . بالفحص قناة عنق الرحم ملتهبة بشدة ، فوهته مسدودة بمواد هلامية كثيرة ، ليس في السيلان وفي بقية الجهاز البولي التناسلي مكورات بنية ، جسم الرحم والمهقات طبيعية اجريت لها تدويه باطن عنق الرحم مرة واحدة فشفيت تمام الشفاء . وبعد مضي شهرين من التدويه حملت حملاً طبيعياً راقته فلم يبد في اثنائه ما

يستحق الذكر سوى اضطراري الى تقليب خارجي في الشهر السابع لاعتلان مقعدي . وفي الساعة العاشرة من صباح ٤ آذار سنة ١٩٣٦ بدأ المخاض . تقلصات خفيفة ، اعتلان قوي بالحوض في الوضعة المعتزضة اليسرى . العنق آخذ بالانحاء . في الساعة السابعة عشرة العنق متسع بقدر القرنك . في الساعة التاسعة عشرة اتساع العنق بقدر فرنكين . التقلصات شديدة ومؤلمة جداً . حقنتها بحجابه سباسمالجين روش (spasmalgine Roche) فماد الطلق بعد فتور ساعة واحدة منتظماً وتقدم تداخل الرأس في الحوض . في الساعة الثانية من صباح ٤ آذار سنة ١٩٣٦ كان توسع العنق كاملاً وانبثقت الحولاة (poche des eaux) عفواً . الرأس في السجان في الوضعة القفوية العانية . في الساعة الثالثة لم تتغير الحالة ، العرج شديد الضيق والطلق خفيف اجريت لهاشق السجان المزدوج (épistiotomie) وحقنتها بحجابه يتوتيرين (pituitrine) فوامها خمس وحدات . ولما لم تتم الولادة بعد مضي نصف ساعة استخرجت الجنين بالملقط فاذا به طفلة وزن ٣٤٥٠ غراماً في حالة خبل خفيف فانمشتها بسرعة وسهولة . خرجت المشيمة سليمة زنتها ٥٤٠ غراماً . توابع الولادة طبيعية . وقد رأيت المريضة مرات بعد الولادة وعنق رحمها لين .

يستنتج من هذه المشاهدة كما يستنتج من كثير مثله ان التدوية شفت التهاب العنق بسرعة وحافظت على ليانه الطبيعي للولادة المقبلة ووضعت حداً لمقمة دوما كان امره قد طال ولو لم يكن قديم المهد .

وقبل ان انهي كلمتي اقول اني استعملت تدوية عنق الرحم الملتهب ايضاً

في شهري الحمل الأول والثاني فلم اصادف اقل طارئة او اسقاط بل كانت انتائج التي حصلت عليها حسنة ولم ابدل طرز العمل في الحوامل الا باجتاج الدخول ببيداً في القناة الرحمية واتني احتفظ باستعمال هذه الطريقة في الحمل على الرغم من حسن نتائجها للحالات الاستثنائية .

الناقشة ، المليم سوله : ان عسر الولادة في المشاهدة لم يجم عن عنق الرحم بل عن المهبل فلا ينكر ان العنق كان ليناً وان التدوية لم تصلبه وظهور السيلان في البنات ليس امرأ نادراً . واذا لم يكن بدء التقرير نغيساً (original) بل ايراداً لاستطبابات التدوية وطرقها فان المشاهدة ولا تكبير مفيدة

٢ - معالجات الخناقات الحادة بالبرموت

لعليم انطاس شاهين

ان استعمال البرموت في فن المداواة قديم العهد . فقد استعمل في معالجة آفات الممي والجروح والقروح والنواسير السلية وقد ادخل مازوتشي (Mazuecci) استعماله في معالجة داء الافرنج . ودرس مالزير تأثيراته سرريباً وتجريباً في الحيوان . وقد عم استعماله في معالجة داء الافرنج بعد نشر تقرير الطيبين سوتون وروبير في سنة ١٩١٦ واعاد الطيبان ليفاديني وسازاراد في السنة ١٩٢١ درس هذا العلاج في مكافحة داء الافرنج ميينين فعمله الناجع

فيه وقدم الاستاذ رو في السنة نفسها تقريراً الى مجمع العلوم ميّناً به فصل هذا العلاج ومنذ ذلك الحين عمّ استعماله وعدّه دواءً أساسياً في معالجة داء الافرنج . وقد استعمله البعض في معالجة خناق قنسان . ونشر الاستاذ مارينو من زيودي جانيرو في السنة ١٩٢٦ تقريراً ضافياً عن نجاح البزموت في معالجة هذا الخناق اورده فيه مشاهدات عديدة لمساعدته موتيرو وفي سنة ١٩٣٤ نشر الطبيب الاخير مثلاً عن اختباره في استعمال هذا العلاج ليس في خناقات قنسان فقط بل في معالجة جميع الخناقات الحادة الا الدفترائية منها ويذكر الكاتب انه اكتفى بالبزموت وحده في معالجة هذه الخناقات تاركاً جانباً جميع المعالجات الموضعية المعروفة فكانت النتيجة في جميع الحوادث المعالجة به حسنة . وكان يفحص جميع مرضاه لحضاً جراثيمياً لنفي خناق قنسان . وقدم ملخص خمسين مشاهدة خناق حاد شفي معظمها بعد الحقن بحجاجة (امبول) واحدة من البزموت في المضلات خلال اربع وعشرين ساعة والقليل الباقي منها تحسّن تحسناً ظاهراً فاعاد الحقنة نفسها بحجاجة كاملة او بنصفها بحسب حالة المرض في اليوم الثاني فشفيت تماماً في ثمان واربعين ساعة . ويشرح سير الشفاء هكذا : ان الالم وهو المرض الاكثر ازعاجاً للمريض ولا سيما البلع يتأثر بفصل العلاج قبل غيره فبعد الحقن بالبزموت يتماي الى عشر ساعات يشعر المريض بشيء من الراحة ويزداد تحسنه شيئاً فشيئاً ولا تمر اربع وعشرون ساعة حتى يزول الالم بتاتاً . وتحسن الحالة العامة بدورها فالآلام المفصليّة والمغصية والصداع والوهن تزول تدريجياً ولا يبقى لها من اثر في اليوم الثاني وتنخفض الحرارة الى درجتها

الطبيعية بعد مرور ثمان وأربعين ساعة .

اما تأثير البزومت في الحالة المرضية فواضح تمام الوضوح فان اتباع اللوزتين ووذمة الغنذية (pilier) الحلقية يقلان بسرعة زائدة وتبدأ النتحة التي تكسو سطح اللوزتين بالسقوط منذ الساعات الاولى بعد الحقن بالعلاج وتزول تماماً في اليوم الثاني واذا حقن بالبزومت قبل تقيح الاجربة لا يبلغ الالتهاب دور التقيح بل يجهبض في دوره الاحمراري . وكذلك العقد الالفاوية السبائية وما تحت الفك التي تضخم غالباً في الحناق الحاد وتبقى كذلك حتى بعد شفاء هذا الداء بضعة ايام فانها تشفى في مدة قصيرة . ثم يذكر الكاتب ان لبزومت تأثيراً حسناً في الحناقات القلغومية اذا حقن به قبل دور التقيح الامر الذي لم نره نحن في الحوادث التي جربناه فيها وهذا هو رأي غيرنا ممن جربوه :

فامام هذه النتائج الجسنة التي يذكرها الكاتب . ونظراً الى سلامة الحقن بالبزومت باشرت استعمال هذا العلاج في بعض المرضى المصابين بالحناق الحاد وخناق فنتسان والحناق القلغومي منذ السنة ١٩٣٥ فكانت النتائج كمايلي : في ستين مريضاً مصابين بالحناق الحاد حقنت عضلات ثلاثين منهم بحجابه من المستحضر البزموتي المسمى كني غير المحلول وعضلات الثلاثين الآخرين بحجابه من المستحضر البزموتي المسمى نيوكارديل . فكانت النتيجة في معظمهم موافقة لبشاهدات الكاتب : كان الألم اول الاعراض تأثراً وبمده تأتي الحالة المرضية وتليها الحالة العامة وقلت في معظم الحوادث ولم اقل في كلها لان سرعة التحسن كانت مناسبة لشدة الداء وسرعة استعمال العلاج . اما في بعضهم فلم

يظهر التحسن الا في اليوم الثاني وبعد الحقن بحجبة اخرى بعد مضي اربع وعشرين ساعة على الحقنة الاولى وفي ثلاثة مرضى لم يبدأ التحسن الا بعد ثمان واربعين ساعة والحقن بحجبتين من مستحضر البزموت . واستطيع قسمة الحادئات الستين المذكورة هكذا : بدأ التحسن في ٤٨ مريضاً في الساعات العشر الاولى من الحقن بالملاج وكان شفاؤهم تاماً في خلال يومين ، وتسعة مرضى لم يشعروا بالتحسن الا بعد مضي ٢٤ ساعة والحقن بحجبة بزموت ثانية ولم يشفوا الا بعد مضي ثلاثة ايام . وثلاثة مرضى تأخر ظهور التحسن فيهم ٤٨ ساعة ولكنهم شفوا في خلال اربعة ايام وخناقات هؤلاء كانت شديدة للغاية ولا تشفى على ما اظن في هذا الوقت القصير لو لا استعمال البزموت . وقد استعملت البزموت في عشرة حوادث خناق فنان فكان الشفاء سريعاً جداً في حادثة واحدة فان المريض الذي كان مصاباً بقرحات عديدة في فمه على غشاء الحدين المخاطي واللسان شفي في خلال اربع وعشرين ساعة شفاء تاماً وسبعة مرضى تم شفاؤهم في خلال ٤٨ ساعة ومريضان كان شفاؤهما بطيئاً واستغرق اربعة ايام .

اما في الخناق الغلغوني فقد خابت المعالجة بالبزموت خيبة تامة حتى في الحادئات التي بكر في معالجتها بالبزموت وقبل تكون الحراج فيها على عكس المعالجة بالبرويدون الذي اذا بكر في استعماله يجهض الحراج ويشفي المريض اما في الخناق الدفتيري فلا فائدة في استعمال البزموت الا كمنشط لقل المصل في تطهير البلعوم من الجراثيم المرافقة لمصبغات الخناق .

والخناقات السابقة للحميات التفاعلية ذات سير بطيء في بدنها ومتى

وصلت الى دورها الحاد تكون الاعراض الخاصة بالمرض الاساسي قد ظهرت او ان هذه الاعراض تكون . قد رافقتها منذ بدئها فتوضع التشخيص . اما القرحة الافرنجية فتعرف بعلاماتها الخاصة وبالكشف عن البريميات الشاحبة فيها وفي الدور الاحزاري من داء الافرنج يظل لون البلعوم اسبوعين احمر بنفسجياً ولا تبدو فيه علامة حادة وهذا البطء في السير علامة ذات قيمة في تفريق هذا الخناق النوعي . عن الخناقات الاخرى . فهذه الخناقات جميعها التي لا تستدعي حالتها الخفيفة الحدة معالجة سريعة بالبرزوموت تنضم زمرة واحدة ولا فائدة للبرزوموت في معالجتها .

وبعد ذكر كل هذا يمكننا ان نقسم الخناقات الحادة بحسب تصنيف الاستاذ مارينو لها الى خناقات دفتيرية تعالج بالمصل وخناقات غير دفتيرية تعالج بالبرزوموت واذا تعذر التفريق بينهما سريراً يلجأ كما هي القاعدة الى الفحص الجرثومي واذا تعذر الامر ان لبعد الطبيب عن الخبر يحقن بالمصل والبرزوموت معاً فان كان الخناق دفتيرياً يكون المصل العلاج الكافي والبرزوموت علاجاً مساعداً لتخفيف آلام البليغ المزعجة وتطهير البلعوم من الجراثيم المراقبة . ونستطيع ان نستخلص النتائج التالية بعد تجاربنا الخاصة واستعمال هذه الطريقة الجديدة في معالجة الخناقات الحادة غير الدفتيرية وغير الفلغمونية منذ اكثر من سنتين في ما يقرب من مائة حادثة وما عرفناه من تجارب بعض من الزملاء الذين ساعدونا في تجربة هذا العلاج :

ان ألم البليغ يخف منذ الساعات الاولى بعد الحقن بالبرزوموت ومثله تورم اللوزتين وما يجاورهما ويرولان تماماً بعد اربع وعشرين ساعة وكذلك

الحاررة وبقية الاعراض العامة التي يكاد لا يبقى منها شيء في آخر اليوم الثاني . ثم يخف تورم المقد النفاوية في اليوم الثالث والرابع . اما في بعض الحقاقت الشديدة والميقة فيتأخر فعل البزموت ولذلك يجب الحقن بجباتي بزموت في خلال ثمان واربعين ساعة توصلًا الى الشفاء التام . واستعمال جميع مركبات البزموت الشائعة في معالجة داء الافرنج جائز اما نحن فقد استعملنا النيوكارديل والكنبي وكانت النتائج في كليهما حسنة ومتشابهة .

التاقت : الميم ترايو : هل جرب الميم شاهين مركبات البزموت بطليه البلعوم بها كما يطلى البلعوم في خناق ففسن بزقة الماتيلين والنيوسلفرسان ؟ ان هذه الطريقة تستحسن تجربتها احتياطاً لحقنة البزموت المؤلمة ولا سيما متى كان المريض طفلاً . وليس فعل البزموت في خناق ففسن غريباً والبزموت قاتل للتممجات (spirilles) ولكن تحليل فعله الناجع مستصعب في انواع الحقاقت الاخرى .

الميم شاهين : لم اجرب البزموت طلياً في الحقاقت ذلك لاني لم اكن ممتازاً من فعل النيوسلفرسان نفسه بهذه الطريقة . ان فعل الحقنة البزموتية في الاثم سريع وعجيب وهذا ما يمتاز به هذه الطريقة على سواها .

الميم سوليه : ان البزموت يفعل كطهر عام في معالجة الحقاقت واني لتساعل عما اذا كانت حقنة البزموت ضرورية في معالجة خناق سليم يستطيع شفاؤه عادة بدونها وبالسابتزين (septazine) الذي جرب في الحقاقت وكانت فائدته كبيرة .

٣ - بعض إيضاحات جديدة

حول مشاهدة قديمة لمرض ستوكس آدامس الرضي

للعلیم تراپو

ترجمة العلیم عزة مريدن

ايها السادة: تذكرون قصة ذلك الجمال الذي عاش حياة طويلة بدون ان يشكو نهجاً (dyspnée d'effort) او خفقاناً ، حتى اصابه رض عنيف فاعتوته على اثره نوب صرعية مع نبض بطيء دائم .

وقد دار النقاش حول هذه المشاهدة وحامت الشكوك حول النظرية التي ذكرناها عن تمزق الحجاب البطني الممكن الذي كانت تدل عليه نغضة انقباضية في الناحية المتوسطة من القلب منتشرة عرضاً .

وقد ساقني العبدقة في اثناء المطالعة الى مشاهدة للسادة : دوفوار ، بوله ، بورتا ، بيزون ، ومدام زل كوشي قدمت في ٩ نيسان ١٩٣٧ الجمعية المستشفيات الطبية في باريز وعنوانها :

حصار قلبي شديد منذ ٢٠ سنة ، واحتمال تمزق الحجاب

وهذه المشاهدة تشبه مشاهدتنا اشد الشبه وتحمل الينا دليلاً جديداً

نستطيع الاستناد اليه ، ويستدل منه ان هذه التمزقات الرضية في حجاب القلب ليست استثنائية ولا نادرة .

وها كم ملخص هذه المشاهدة: في سنة ١٩١٧ شاهد الاستاذ غالافاردان الاختصاصي الشير في ليون امرأة عمرها ٣٨ سنة لم تكن تشكو اقل عرض قلبي . اصابتها وهي في السن الثامنة عشرة رفسة حصان في ملء صدرها وفي الناحية القلبية ، بينما كانت تقوم بعملها كخادمة في حقل ، فظلت فاقدة رشدها زهاء عشرين دقيقة ثم حملت الى السرير حيث تمت فيه ثمانية ايام ، مصابة بازرقاق وزلة شديدين

وبعد ان تركت سريرها شعرت انها كانت تصاب بزلة لاقل جهد مع دوار من وقت الى آخر وحس ضباب امام العينين وكانها آخذة بالسقوط بدون ان يصيبها غشي تام .

وقد تبين للاستاذ (غالافاردان) بعد سنتين ، ببطء النبض المنتظم (٥٠ نبضة) الذي لم يكن يختلف باختلاف الوضعة بل قليلاً بعد ركض ٢٠٠ متر وكشف مخطط القلب فرقاناً اذينياً بطينياً تاماً ، واطهر الاصغاء في قاعدة القلب نفخة انقباضية قابسية وخشنة .

وقد شاهد اطباء بارز هذه المريضة منذ زمن قريب قفسروا الآفات كما يلي : سبب النفخة اتصال البطينين المكتسب الناجم عن تمزق الحجاب الرضي ، والمريضة الآن مصابة باسترخاء القلب ، فتمزق الحجاب الرضي البدئي او التالي المؤدي لاشتراك البطينين . اشتراكاً واسعاً يملأ تليلاً تاماً الحصار والزرقعة واتساع الأوردة الشديدة التالي .

لم نقل غير ذلك عند ما فسرنا مشاهدتنا الشخصية التي قدمناها اليكم فريضنا وصنعتة جمال سقط تحت جملة فانكسرت له ضلعان ، ولم يكن يشكو

حتى ذلك التاريخ شيئاً ، ولما قام من مرضه شعر بزلة وضجر وقد شاهدنا فيه بطء النبض ونوباً صرعياً وتناذر ستوكس آدامس صريحاً وكشف الاصغاء تفخمة في القسم المتوسط من القلب دللتنا على تمزق الحجاب بين البطينين ، وانا سعيد لاتفاقي مع اساتذة ليون وباريز وظني معهم بالنشأ الرضي للآفات المصادفة .

وقبل الانتهاء نضيف ان آفات القلب الرضية الشبيهة بما شاهدنا نادرة ويذكرنا مؤلفو باريز بالملاحظات التالية :

فان لوري ، وبلوك ، وجان ماير شاهدوا في السنة ١٩٢١ في فتاة عمرها عشرون سنة ، صحتها جيدة جداً ونبضها طبيعي انها ابدت فجأة في عقب رض عنيف بمجر عجلة على ثديها الايسر ، ابطأ في النبض بعد بضع ساعات من الصدمة مع حفل من الحفقات ودام البطء خمس سنين بعد ذلك .
وقد أبان مخطط القلب الكهربائي فرقاناً اذينياً بطينياً تاماً نسبة المؤلفون الى آفة في حزمة هيس بنزف محتمل في ملء الحجاب .

وفي سنة ١٩٢٥ سرد روزانسون مشاهدة حصار موقت دام ١٥ يوماً في ولد اصابته ضربة بجمع اليد .

وفي سنة ١٩٢٦ وصف بولريش ولاكروز حادث شخص عمره خمسون سنة اعتراه بطء في النبض بعد سقوطه عن حصانه .

ليس من الضروري على ما نرى اجهاد العقل لتقريب بين هذه الحوادث وبين الحادثة التي قدمناها ، فان طفل روزانسون اصيب بنزف خفيف في حجابهِ وكذلك الحال في مريض بولريش ولاكروز . فالآفات النزفية

تركت ندبة في فتاة لوبري وزملائه لان الحصار دام خمس سنين . فمن يقول
بالنزف ، يقول ولا شك يتمزق العضلة القلبية فاذا كان التمزق شديداً
احدث بسهولة تمزق الحجاب كما هو الحال في حادثتنا وحادثة غالافاردان
ومؤلفي باريز . ونحن بدون ان نقف على جميع ما قيل عن تمزقات الحجاب
نستطيع التأكد الآن ان مشاهدتنا نادرة وجديرة باستعراضها للانظار
الناقصة العليم سبح : ان هذه المشاهدة جواب عن مناقشتي السابقة انني
اقرُّ بتمزق حجاب القلب الرضي الذي قد يكون داء الافرنج او التهاب
الشفاف سبباً مؤهباً للحصول .
العليم تراوي : غير ان مريضنا لم يكن مصاباً بهما .

* * *

حادثا شلل دفتير يائي، وحادث فابج دفتير يائي

للمبين حسني سبح و جمال الدين الفحام

المشاهدة الاولى ص. ح . صمره ١٥ سنة ، استشفى في ٢٧ كانون الاول سنة
١٩٣٦ لشلل رخو واضطراب في التكلم . ليس في سوابقه الشخصية والارثية
ما يستحق الذكر ، بدأ مرضه الحالي منذ اربعين يوماً بخناق حاد وانتباج
عقد ما تحت الفك ، شفي الخناق بالمعالجة الموضعية ، وبعد ثلاثة اسابيع
ظهر اضطراب في الصوت مع عودة السوائل من التنخين واصبح المريض
بعد بضعة ايام لا يستطيع المشي لضعف ساقيه الامر الذي اضطره الى ملازمة

سيرره. كشف الفحص شللاً تاماً في الخفاف (voile du palais) مع كساحة (paraplégie) سفلية رخوة وزوال المنعكسات الوترية وكان المنعكسان الاخفي والحدقي طبيعيين ولم يكن ثمة اي شك في تشخيص الشلل الدفتريريائي لتعاقب الاضطرابات المعصية تلو خناق مجهول الطبيعة. واذ البحث عن المعصية الدفترية في المقرز البلعومي ظل سلباً سواءاً بالفحص المقصود او بعد الزرع. عولج العليل بالعسل المضاد للدفترية اذ دخل المستشفى وبحقن الستركتين فتاب اضطراب التصويت اولاً وعادت الحركة اليه تدريجياً وترك المريض المستشفى في ٩ كانون الثاني سنة ٩٣٧ وهو لا يشكو سوى بعض الاضطراب الطفيف في المشي ذاك الاضطراب الذي اضطره الى العودة ليتابع معالجه كهرية، وقد كفت بضع جلسات بالتيار الغلفاني لشفاؤه التام.

المشاهدة الثانية ب - خ: فتاة في الثالثة عشرة من عمرها، استشفيت في ٣٠ كانون الثاني سنة ٩٣٧ لضعف في المشي واضطراب في البلع. بدأ مرضها في آخر تشرين الثاني بالتهاب اللوزة مع حمى وانتاج عقد العنق، وقد رافق وهن شديد تناذر (syndrome) الخناق الحاد المذكور فاضطرت الفتاة بسببه الى ملازمة سريرها مدة من الزمن اضطرب في اثنائها البلع فمصر عليها بلع السوائل التي كانت تعود بانفها. واستمر هذا الاضطراب نحواً من عشرين يوماً، تحسنت بعدها حال الفتاة وعادت الى مدرستها، غير انها جاءت مساء يوم مذعورة وقصت على عممتها انها لم تعد تستطيع القراءة ولا الكتابة، وانها تشعر بدوار كلما حددت النظر في اشياء قريبة، وهكذا اضطرت العليمة الى ملازمة غرفتها مدة شهر واحد اعترتها في خلاله ضعف

في المشي ولكن يلع السوائل تحسن وظل الصوت أخن وكانت الحرارة ترتفع في المساء وتهتز ما بين ٣٨ - ٣٨,٥ فاستشفيت العيلة في قاعة ابن سينا من مستشفيات الوطني لهذه الإضطرابات .

كشفت فحص الجملة العصبية عن شلل رخو في الطرفين السفليين وعجز حركي جلي جداً وغياب الانعكسات الوترية . اما الانعكسات الجلدية البطنية فطبيعية ، والانعكس الاخصي طبيعي في الطرفين ، والانعكس الجدقي طبيعي ايضاً بازاء النور . والحس السطحي بجميع اشكاله والحس العميق طبيعيان والاشي متعذر ولا تتمكن المريضة ان تخطو بضع خطى بدون معونة .

وكشفت فحص البلعوم عن ضخامة في اللوزتين ، وحمرة منتشرة في البلعوم الخلفي ، ولم يبدُ فيه اي طلاء وكان النصف الايمن للعنقاف واهناً والانعكس القشائي سايي فيه ، مع انه في الجهة اليسرى واضح .

واستدل من تنظر الخنجرة الذي اجراه زميلنا المليم شاهين ، ان نصف الخنجرة الايمن مشلول .

ولجس المفرز البلعومي فحصاً جرثومياً ، في الايام الأولى من استشفائه المريضة وكرر عدة مرات ، فلم تكشف في جميع هذه الفحوص عصية لوفلز ، ولكن تفاعل زلزل الهجرى بعدها بقليل كانت ايجابية واستدل من فحص الطرفين السفليين الكهربائي ان التنبيه القارادي والقلبي ناقصان وان ارتكاس الاستحالة (réaction de dégénérescence) غائب وكانت حرارة المريضة حين دخولها المستشفى ٣٨,٥ وقد اخذت تهتز في الايام الاربعة الأولى من استشفائها بين ٣٨,٦ و ٣٩ ثم هبطت تدريجياً الى ٣٧,٥ وبقيت

بعدها في جوار الـ ٣٧ مدة استشفائها وكان النبض يرافق الحرارة ولم يكن في البول سكر ولا آحين، وبولة الدم . ٣٥٠ سغ، وارتكاس واسرمان في الدم سلبى . ولم يكشف فحص السائل الدماغي الشوكي عن تبدل فيه .

عولجت المريضة بالمصل المضاد للدفتيريا : ٢٠ سم في اليوم اربعة ايام متتابعة ، ثم ٣٠ سم في الايام العشرة التالية وبحقن تحت الجلد بالستركتين وبجرع الارتفاعتين .

تحسنت الحالة العامة كثيراً بعد المعالجة المصلية ، واخذ شلل الحفاف يتحسن يوماً عن يوم ، ومثله شلل الساقين ، واصبحت المريضة قادرة ان تخطو بعض الخطى مستندة الى من يساعدها .

واشركت الدواة المذكورة بالفيتامين ب ١ فاستعمل منه الفيكس (Vibex) الذي ارساه لنا معمل P. D. حقناً تحت الجلد مرة كل يومين وكان التحسن بعد استعماله جلياً جداً ، وتمكنت المريضة من المشي مع ثني من الصعوبة : فهي تستطيع رفع ساقها بلا معونة احد، وقد عولجت المريضة بعد ذلك بمعالجة كهربية استعادت بها جميع وظائفها وغادرت المستشفى متمتعة بصحة جيدة .

المشاهدة الثالثة : س . ن : البالغة من العمر سبع سنوات ، استشفيت في ٢٦ آذار سنة ٩٣٧ للقوة يسرى وفالج شقي اعين واضطراب في التصوير والبلع . لبس في سوابقها ما يستحق الذكر .

بدأ مرضها الحالي منذ اربعين يوماً ، اذ سقطت على وجهها في المدرسة ، فظهرت فيها لقوة يسرى من النموذج المحيطي ، استشارت بشأنها احد

اطباء البلاء فاشار عليها بالمعالجة الكهربائية .

وبعد شهر اصبحت المريضة بحمى وخلق عاد الصوت أذن طلى اثرهما
ثم بدا فالج شقي ايمن يرافقه وهن شديد . وكانت الحرارة تهتز بين ٣٨° و ٣٩°
وبعد اربعة ايام استشفيت عندنا في قاعة ابن سينا .

اظهر فحص الجملة العصبية لقوة محيطية يسرى وفالجا شقياً ايمن ، وكانت
المنعكسات الوترية فيه مزداة وعلامة بابنسكي واضحة ، وكانت المنعكسات
الجلدية البطنية مفقودة في الشق الايمن والحس السطحي والعميق سلين
والمصرات كذلك

وقد كشف فحص البلوم عن بعض الاغشية الكاذبة على اللوزتين
والخفاف فاقد الحركة ، والمنعكس النشائي مفقود فيه ، وكانت الحدقتان
ترتكسان ارتكاساً طبعياً بازاء النور والمطابقة ، ولم يكشف فحص الاجهزة
الاخرى عن شيء غير طبيعي سوى بعض الحراخر القصبية المنتشرة
في الرئتين .

وأظهر فحص التلحة البلومية الجرثومية عصيات طويلة « تأخذ القرام ،
ولم يعمد الى الزرع .

ولم يكن في البول سكر او آحين ، وبولة الدم : ٠.٣٥ سغ وارتكاس
بورده واسرمان في الدم : سلبى وكانت نتائج البزل القطني كما يلي : سائل
رائق كماء الينبوع ، ضغط ٣٠ سم في وضعة الجلوس وبمقياس كلود آحينه
٠.٢٥ سغ ، وسكره ٣٥ سغ ، مع لتفاوتين في الملم ٣ .

عولجت المريضة بأعمل المضاد للدفتيريا ٤٠ سم في اليوم وغسل بلموما

وطهر وحقنت بالادراغالين والزيت المسكوفر واعطيت علاجات صدرية .
فاخذت حالة المريضة العامة تحسن تدريجياً : بدأت الحرارة تهبط شيئاً فشيئاً
وتوصلت المريضة الى تحريك طرفيها المشلولين ، اما القوة فلم تحسن ، غير
ان شلل الخفاف خف . واشركت هذه المعالجة بالحويون (فيتامين) اي بحقن
الفيكس (Vibex) يومياً ، وظهر ان شلل الخفاف بالخاصة قد استفاد من
الحقن بالفيكس احسن فائدة .

وبعد عشرة ايام من الحقنة الاولى المصل ظهر ارتكاس مصلي شديد
عولج بالمعالجة الخاصة .
والح اهل المريضة على اخراجها من المستشفى واعدين بالاستمرار على
المعالجة ذاتها في البلدة .
وقد علمنا بعد حين ان المريضة ماتت فجأة .

....

ففي هذه المشاهدات الثلاث بقي الحثاق الدفتيريائي مجهولاً ومهملأ ولم
يعالج اية معالجة نوعية ، وكانت العاقبة في الحادثتين الاولتين شللاً اعتيادياً
واضحاً ، وفي الثالثة فالجاً شقياً مع شلل تلم في الخفاف .
وقد استند في تشخيص المرض في الحادثة الاولى الى سير الشلل وظهوره
بعد خناق ، واستندنا في الحادثة الثانية عدا ذلك الى ايجابية ارتكاس زولر
وهي ذات قيمة في تشخيص متأخر كهذا .

وقد فعل الاستمصال النوعي في الحادثة الاولى في الاضطرابات المعوية ،
واما في الحادثة الثانية فقد عمدنا الى المداواة بالحويون الذين يشار به في التهابات

الاعصاب الجديدة كذه . وكان لهذه الطريقة الأخيرة فعلها في شلل الحفاف بالخاصة في الحادثة الاولى ، وفي التهاب الاعصاب المديدة في الطرفين السفليين في الحادثة الثانية .

ام الحادثة الثالثة فتبدو لنا اعظم شأناً من السابقتين . فان القوة التي بدت في الرياضة قبل الحثاق بشهر واحد ، والتي لم تتأثر قط بالمعالجة النوعية ، يخيل لنا انها لا علاقة لها بالاثان النوعي ، بل هي شلل عادي بردي او رضوي ، اما القالج الشقي الذي بدا في المريضة بعد الحثاق فيظهر لنا انه من منشأ دفتيريائي .

ان القالج الدفتيريائي هو استقرار نادر جداً ، ففي ٩٠٧٥ حادثة دفتيريا لم يذكر دينكن «Dynkin» الا ستة حوادث منه ، ومجموع ما ذكر عن هذا القالج لا يتجاوز في جميع النشرات الطبية تسعين حادثة .

اما منشأ هذا القالج ، فالآراء بشأنه مختلفة ، فالبعض يقول بالتهابات الشرايين الدفتيريائية التي تمتد منشأ لانسداد وعائي يتلوه تلين ، وغيرهم يمزو هذا الاستقرار الى التهاب الدماغ الذخاني . وقد قبلت في اطروحة بعيلة جاني رودينسكو (Jenny Roudinesco) هذه الفرضية الاخيرة وتؤيد الحالة العامة والنفسية في مريضتنا ذلك ومهما تكن آلية هذا القالج الدفتيريائي فن المتفق عليه ان ظهوره ذو انذار وخيم جداً يدل على شكل خطر من الدفتيريا ويفضي الى الموت سواءاً بانتشار الآفات المصيبة او باصابة القلب ، وهكذا كانت نهاية مريضتنا القاجمة .

ويزو الرأي الطبي اليوم قيمة امراضية الى القالج الدفتيريائي فهو يرى

فيه كفي داء الافرنج سيأ كبيراً بين اسباب فالج الاطفال .
وقد تكون مشاهدتنا الحادية والتسمين بعد المشاهدات التي نشرت حتى
الآن ، وهي جديرة بالذكر ، وجديرة بلقت نظركم .

الناقبة ، سليم تراوي : ان مناقشتي لا تدور الا على المشاهدة الثالثة فالامر
الاول الذي لاحظته هو ان السائل الدماغى الشوكى كان طبيعياً وهذا
مخالف للتحريات التي اجراها دولافرنيه من نائسي فقد بين فيها انه ظهور اقل
العلامات العصبية في المصاب بالدفترية كشلل المطابقة او الحفاف (voile)
يرافقه تبدل في السائل الدماغى الشوكى الذي تكثر فيه اللغوايات او يزداد
فيه الآحين ازدياداً خفيفاً . والامر الثانى الذي لفت نظري هو اللقوة
(paralyse faciale) التي سبقت الحثاق الدفترى والفالج الشقي . ولست
اظن ان سببها رضى او انها لا سبب لها (a frigore) وبعد ان تذكرت
مشاهدة شتريو من بيروت التي رفعت الى محى العلب (académie de
medecine) وددت ان الفت انظار الحمية الى كثرة اللقوات الملقبة «بدون
سبب» في اولاد يحملون عصيات لقلر في اثناء شللهم وكانوا قد اصابوا بخناق
حديث المهد يحققه الاستجواب فاللقوة ديفتريائة المنشأ كشلل الحفاف .
وان حاملاً للجراثيم الدفترية قد يصاب بلقوة ولا يظهر الحثاق الدفترى فيه
الا بعدئذ اذ اشتد حمة الجراثيم . والامر الثالث الذي لفت النظر اليه هو
الفالج الشقي هذا الاختلاط النادر وهو كما ذكر الباحثان ذيفانى المنشأ
وليس خثريه (thrombosique) فان التهابات الشرايين الدفترية نادرة
والدفترية مريض قد اشتهر بولمه بالجهاز المعصبي .

الطبيب شارل : انني اصبحت بقلوة ديفتيريائية وكنت في الوقت نفسه حاملاً لمصية لوفلر . وكنت قبلها بقليل قد اصبحت بخناق ظن انه خناق مبتدل وقد استعصت هذه اللقوة على الرغم من الكميات الكبيرة من المصل والاستركنين

الطبيب سيج : ذكر الخثرات (thromboses) الدماغية في عقب الدفتيريا عدد من المؤلفين وبها عللوا القشوشات الدماغية التي صادفوها .

الطبيب زاو : انها مع ذلك فادرة كالعلاج الشقي الديقاني المنشأ نفسه .



الشباب والاشباب

٣.

المغزون من العرب وطرف من اقباهم

للعلم شوكة الشطبي

١ - ربيع بن ضبع بن وهب

قيل ان اطول الناس عمراً قبل الاسلام هو ربيع بن ضبع بن وهب
عاش اربعين وثلاثمائة سنة ولم يسلم وقد دخل على بعض خلفاء بني امية فسأله
عن عمره فقال :

ان يئاً غني فند ثوى عصراً	اصبح مني الشباب قد حسراً
لما قضى من جماعنا وطراً	ودعنا قبل ان نودعه
أدرك عقلي ومولدي حجرأ	ها اذا أمل الخلود وقد
هيات هيات طال ذا عمراً	ابا امرئ القيس هل سمعت به
املك رأس البعير ان نقرأ	اصبحت لا احمل السلاح ولا
وخدي واخشى الرياح والمطرأ	والذئب اخشاه ان مردت به
اصبحت شيخاً أعالج الكبرأ	من بعد ما قوة أسرأ بها
	وقال لما بلغ مائتي سنة

فأشاراد البين بسكم فداء

ألا أبلغ نبي نبي ربيع

بأني قد كبرت ودق عظمي فلا تشغلكم عني النساء
 وإن كنتاني لنساء صدق وما آلى بني وما أساؤا
 إذا جاء الشتاء فأدقوني فإن الشيخ يهدمه الشتاء
 فأما حين يذهب كل قر فسر بال خفيف أو ردا
 إذا عاش النقي مائتين عاماً فقد أودى المسرة والفتاة

٢- المستوعز بن ربيعة بن كعب

عاش المستوعز بن ربيعة بن كعب ثلاثاً وثلاثين وثلاثمائة سنة وقال
 في ذلك :

ولقد سئمت من الحياة وطولها وعمرت من عدد السنين مئينا
 مائة حدتها بعدها مائتان لي وعمرت من عدد الشهور سنينا
 هل ما بقي إلا كما قد فاتنا يوم يمر ليلة تحذونا

٣- أكرم بن صفي بن رياح

عاش أكرم بن صفي بن رياح الحارث ثلاثمائة وثلاثين سنة وادرك
 الاسلام وقد نزل فيه قوله تعالى (ومن يخرج من بيته مهاجراً الى الله ورسوله
 ثم يدركه الموت فقد وقع اجره على الله) وسبب ذلك ان الاكرم لما سمع
 بخروج النبي صلى الله عليه وسلم بعث اليه ابنة حبيشاً ليأتيه بخبره فرجع ابنة
 يحمل كتاباً من النبي جاء فيه اجد اليك الله الذي لا اله الا هو ان الله

امرني ان اقول لا اله الا الله فقال اكنتم لابنه ماذا رأيت قال رأيته يأمر
بمكارم الاخلاق وينهى عن ملائمتها فجمع اكنتم قومه ودعاهم الى اتباعه
وقال لهم كونوا في امره اولاً ولا تكونوا آخرأ فقال لهم مالك بن نويرة
ان شبنكم خرف فقال اكنتم وبل لشعبي من الخلي والله ما عليك آسى
ولكن على العامة ثم نادى في قومه فبعه منهم مائة رجل فساروا حتى اذا
كانوا دون المدينة بأربع ليال كره ابنه حيش مسيره فأدلى على ابل اصحاب
ايه فحرها وشق قريهم ومزاداتهم فاصبحوا ليس معهم ماء ولا ظهر فجهدهم
المطش وايقن اكنتم بالموت فقال لاصحابه اقدموا على هذا الرجل فاعلموه
باني اشهد ان لا اله الا الله وانه رسول الله وانظروا ان كان معه كتاب
بايضاح ما يقول فآمنوا به واتبعوه وآزروه وقد بلغ حاجباً ووكيماً خروج
اكنتم فخرجوا في اثره فلما مرا بقبرة أقاما به ونحرا عليه جزوراً ثم قدما على
اصحابه فقالا لهم ماذا امركم به اكنتم قالوا امرنا بالاسلام فاسلمنا معهم وقال
لما بلغ مائة وتسعين حجة

وان امرأ قد عاش تسعين حجة الى مائة لم يسأم العيش جاهل
ات مائتان غير عشر وفاؤها وذلك من مر اليال قلائل
وللاكنتم كلمات مأثورة وحكم مشهورة منها ستساق الى ما انت لاق ،
لا تهرف بما لا تعرف ، ليس من القوة التورط في الهوة ، ان اخاك
من اتاك يريد واتاك ، ان اخا الظلم اعشى بالليل ، ناصح اخاك الخبر وكن منه
على حذر ، الحرص يلهم المرض ، لا تحمدن أمة عام اشتراها ولا فتاة عام
هداها لا تلم اخاك ما أساك . قالوا وجمع اكنتم بن صفي بنه لما بلغ مائتي

سنة وقال لهم يا بني انا مزودكم من قسي كفوا السئكم فان مقتل الرجل بين فكيه، ان اصبحت عند رأس الامر احب الي من ان اصبحت عند ذنبه، الوحشة ذهاب الأعلام، البطر عند الرخاء حق والجزع عند النازلة آفة التجميل، لا تفضبوا من اليسير فانه يجني الكثير، لا تجيوا فيما لا تسألون عنه ولا تضحكوا مما لا يضحك منه، تناؤا في الديار ولا تباغضوا فان من يجتمع تنقطع عمنه، الزموا النساء المهانة وانعم لهن الحرية المنزل، احق الحق العبور وحيلة من لا حيلة له الصبر، المكثاب كحاطب الليل ومن اكثر اسقط، لا تبولوا على الكثة ولا تنفشوا سرا إلى أمة، لا تمنعكم مساوي رجل من ذكر محاسنه، لا يظلمكم جمال النساء عن صراحة النسب فان المناكح الكريمة مدرجة للشرف. ومن اقواله حافظ على الصديق ولو في الحريق، ولو انصف المظلوم لم يبق فينا ملوم، متى تعالج مال غيرك تسأم وغشك خير من يمين غيرك، لا تطمع في كل ما تسمع، لا دواء لمن لا حياء له، اذل للحق تمز ولا تجر فيما لا تدري وفي الاعتبار غنى عن الاختبار وكلا يبذل يحمدا وانما يمسك من استمسك وكاد ذو القربة يكون في صكرية واستر سوءاً اخيك لما تعرف فيك، من فسدت بطاته كان كمن غص بالماء، الدال على الخير كفاعله، والجزاء بالجزاء والبادي اعظم والشر يبدوه صفاره، قتلت ارض جاهلها وقتل ارضا عالمها، صادق صديقك هوناً ما عسى ان يكون عدوك يوماً ما وعاد عدوك هوناً ما عسى ان يكون صديقك يوماً، قد تجوع الحرة ولا تأكل بشديها، احسن القول اوجزه، في المشورة صلاح الرعية ومادة الرأي، توكل بالهم ووكل بالصغير، اقبح اعمال المقتدرين.

الانتقام ، جاز بالحسنة ولا تكافئه بالسيئة فإن اغنى الناس عن الحقد من عظم خطره عن المجازاة ، من جعل لحسن الظن نصيباً روح عن قلبه واصدر به امره ، المصمت يكسب المحبة وفضل القول على الفعل لثوم وفضل الفعل على القول مكرمة ، ولم يلز الكذب بشيء الا غلب عليه وشر الحصال الكذب والصدق من الصدق سمي ، الانقباض من الناس مكسبة للعداوة والتقرب من الناس مجلبة للجلب السوء فكان من الناس بين المتقبض والمسترسل وخير الامور اوساطها وافضل القرناء المرأة الصالحة ومن لم يكن له من نفسه واعظ لم يحفل بمشرد ، من اغتر بقوته فان الامر يأتيه من فوقه ، لقاء الأجابة مسلاة لهم ، لا مروءة لفاش ، الاحداث تأتي بغتة ولا تتفن بمن لم يتخبره

٤ — دويد بن نهد وقيل ذويد ودويد

عاش اربعمائة وستا وخمسين سنة فلما حضره الموت قال

القي عليَّ الدهر رجلاً وبدأ والدهر ما اصلح يوماً افسداً
فسد ما اصلحه اليوم غداً

ياربَّ نهب صالح حويته ورب غيل (١) حسن لويته
اليوم يبنى لدويد يته لو كان للدهر بلى بليته
او كان قرني واحداً كفيته

ثم مات مكانه

(١) القيل بالفتح الساعد الريف المتلي

هـ — محض بن عثبان بن ظالم الزبيدي

عاش مائتين وستاً وخمسين سنة وهو من سعد العشيرة وقال :
 ألا يا أُنم إني لست منكم ولكني امرؤ قومي شعوب
 دغلني الداعيان فقلت إيهياً فقالا كل من ندعو بحبيب
 ألا يا أُنم أعياني الركوب واعييتي المسكاسب والذُّهوب
 وصرت رذية في اليث كلاً تأذني الأباعد والقريب
 كذاك الدهر والايام غول لها في كل ساعة نصيب
 (البحث صلة)



الجراحة الرضية الواقية

ترجمة الدكتور كامل سلمان الحوري

بروكلين — نيويورك

كان الموضوع المقترح تقديمه (شأن) المعالجة الاولى في الجروح انتقله للاختلاطات وطول المجز) ولكن اجتناباً للتطويل الثقيل جعلنا العنوان « الجراحة الرضية الواقية »

وقد انشأ هذا البحث مؤلفو فن التعبير وهم ندوة غايتها تقديم المشاهدات الجميلة والفريدة في كونستركشن هوسبتال يونيت من خريجي جامعة كولومبيا في نيويورك. ويورد المنشئون اظهار عواطفهم للمساعدة التي قدمها بعض الاطباء ..

الامضات

ان غاية هذا المقال هي تبيان بعض النقاط البارزة في العناية بالمرضى وقد اصبح الجمهور خبيراً يندلج للاستئناف الاول. إذ ان الطوارئ التي تحدث في البيوت والشوارع والمشاكل تضطرهم لان يكونوا على قدم الاستعداد لكل حادث ، ومثلها عناوين الاخبار التي تنشرها الصحف فتذيع ان (٨٩٥٠٠) شخص يقتلون كل سنة في هذه الطوارئ وان (٨.٥٠٠.٠٠٠) شخص تصيبهم اضرارها . اما الجسارة المادية فتقدر بالني مليون . كل هذا يدعو إلى ضرورة هذا الاستعداد ..

وان المؤسسات الخيرية كجمعية الصليب الاحمر والفرق الكشفية وما اشبهها ترغب في تعليم الجمهور بذل الاسعاف الاولى. وقد انشئت مراكز لهذا الاسعاف في الهواء والطرق العامة والشوارع الواسعة. وتبذل لجنة الكسور في كلية الجراحين الاميركية جهودها لتعليم رجال الطبابة العناية بالكسور في مدينتنا يتعاون مفوض المستشفيات مع هيئات المستشفيات البلدية لتدريس الاطباء الداخليين امثلة الاسعاف قبل ذهابهم في عربات نقل المرضى. وقد اصبحت عربات شركات النقل المتحددة مجهزة بمعدات الكسور وبجيرة موراى جونز للطرفين الملويين وبجيرة توماس للطرفين السفليين.

الاستعداد

يجب ان يكون الاستعداد غائبا الاولى وعلى كل طبيب ان يتدرب على اجراء الاسعاف الاولى ليستطيع تعليمه للعامة ويجب ان يشمل هذا التدريب ممارسة طريقة التمديد الثابت لنقل المكسور . .

نظراً للكسور على الاكثر في الحوادث الكبرى وهنا لا يقدر شأن المعالجة الاولى ويجب ان يكون شعارنا " جبرها حيثما وجدت " وان لنقل شأننا متى تحقق الكسر او شك فيه يجب تمديد الطرف تمديداً ثابتاً نقل المصاب .

الصدمة

ان احسن العلاجات الاولى لمداواة الصدمة هو المورفين فلا تزيدوا الصدمة بالتعصص الباكر المؤلم ، بل عينوا اهم الاضرار واستعملوا المعالجة

الموافقة ثم انتقلوا المصاب الى المستشفى . وان كسراً بسيطاً قد ينقلب كسراً مختلطاً مع إتلاف في الانسجة الرخوة لا يمرض اذا كان الاسفام الاول غير واف . ولذا كر ان الصدمة قد تنفثاً عن زف داخلي او خارجي شديد يستدعي العناية السريعة .

الجروح

ان كل جرح لا يجريه الجراح بعد جرحاً ملوثاً . وجميع الجروح الملوثة هي حروح متعفنة . والساعات الست الاولى هي الدور الذهبي في معالجة الجروح . وتصنف الجروح سريراً كما يأتي :

جروح قاطعة وجروح ممزقة وجروح ثاقبة وتقسم الاخيرة الى جروح واخزة وجروح طاعنة وجروح نارية . وكل من هذه الجروح قد يكون سطحيّاً او عميقاً . ويقوم علاج كل جرح رضي بالنظهير اولاً وذلك بغسله بالماء والصابون وريه بكمية كبيرة من محلول معقم وقد يكون البازين او الاثير ضرورياً اذا ظن ان الجرح يحتاج الى مطهر مذيّب قبل غسله بالماء والصابون وأهم عمل هو ري الجرح طويلاً بالمحلول الملحي . ثم يجفف الجرح ويروي بكحول يودي نسبته $\frac{3}{4}$. وينلق الجرح بالحيطة . ولا بد من تفجير جميع الجروح الرضية باخفوض من المطاط كافٍ لهذا العمل . وتعالج الجروح الواخزة المعالجة نفسها ويضاف اليها تقطير صبغ الايود في البقعة المصابة بمحقنة مع ضغط كافٍ يوصل هذا المطهر الكيماوي الى جميع منرجات الجرح .

اما الجروح الرضية فيجب ان تنضر ويتم هذا بنزع الانسجة الميتة جميعها

التي لا امل بحياتها فينقلب الجرح الرضي جرحاً جراحياً ويفلق طبقة طبقة بعد ان يفجر . واذا كان الرض متسعاً وكان التضخيم متعذراً او غير وافي او اذا جيء بالجرح بعد انقضاء الساعات الست الاولى يخاط خياطة ثانوية بدئية او خياطة ثانوية متأخرة وتتم هذه بتضيق الجرح ووضع الفرز في مقرها بدون ربطها فتقرب شفتا الجرح ريثما تأكد من طهارته سريريا وجراثيميا .

الحروق

الحرق هو جرح بالحرارة وقد تطورت معالجة الحروق كما تطورت معالجة الجروح . فبعد ان كانت تماالج بزيت السكارون^(١) اصبحت معالجة جراحية . ان الصدمة التي ترافق الحروق والتي تحصل في غضون ثمان واربعين ساعة هي صدمة بدئية او صدمة رضية . اما الصدمة الحاصلة بعد ذلك فهي ثانوية او انسيماجية تنشأ من امتصاص ما انحل من النسيج المحترق . وتتم معالجة الجروح في ثلاث مراحل :

١. — التهاب الجلد ، الدور الالتهابي : تبدو فيه صدمة اولية او رضية فيعطى من المورفين مقدار مناسب ويدفأ المريض ويوضع في وضعة المصدوم ويعطى السوائل قسراً بالقلم او حقناً بالمستقيم او تحت الجلد او في الوريد ويبلل الحرق موضعياً بمحلول من حامض العفص نسبته خمسة بالمائة ويماد ذلك كلما جف الى ان يتكون غشاء عفصي وتندبج الناحية وتستعمل السوائل الخفيفة القلوية ولا سيما في الاولاد المرعزين للانسمام بالحامض

(١) مزيج من زيت بذر الكتان وماء الكلس

هذا في الحوادث التي يراها الطبيب في الحال اما في الحوادث المتأخرة المتعنتة فتستعمل رفادات مبللة بمحلول من ثاني فخات الصوديوم نسبه ١٠٪ فيساعد على تفجير الناحية ويسهل نزوح المفرزات .

٢ - دور التقشر : تنفصل في هذا الدور الحشكريشات فاذا ما استعمل الحامض المفعي باكرأ يقصر هذا الدور كثيراً ولا تنقبه صدمة انسيامية لان الهيو لينات التي رسبها الحامض المفعي تكون غشاء فيمنع امتصاصها وتحول دون خروج سوائل البدن او دخول الاثنان . واذا احاط هذا الغشاء بالمضو ونشأت من الضغط وذمة محيطية تسهل الدورة الدموية المتزججة باجراء شقوق عديدة .

قد تظهر في هذه المرحلة الصدمة الانسيامية الثانوية اذا لم يستعمل حامض الفصس وتمت المعالجة هنا بوضع رفادات مبللة بمحلول ثاني فخات الصوديوم ولينابر على اعطاء السوائل وليكرر نقل الدم بكميات قليلة وتتق البراعم الطافعة وتأخر الندب باستعمال مزيج مؤلف من جزء واحد من الزيت المكوفر وثلاثة اجزاء من زيت كبد الحوت .

٣ - الشفاء او دور الندب : تعرض الساحة المحترقة للحرارة المشعة وللوهاء الطلق فيأخذ الجرح بالتعب وتسرع البشرة بتغطية اطراف الجرح واذا كانت الساحات المحترقة واسعة يصبح التطعيم من اسس المعالجة ولتقاوم الانكماشات طيلة المداواة جميعها فتى احترقت ثنيات الجسم يثار على التمديد الى ان تكتسي الناحية بشرة تامة ويستعمل في حروق الوجه المرهم البوري بنسبة ١٠٪ فتد منه طبقة كثيفة ويحرك الوجه بمضغ

العلوك والتفخ . وقد خففت معالجة الحروق بحامض الغصص الألم والصدمة الانسمامية . فالغشاء الغصصي فضلاً عن وقايته للساحات المكشوفة يؤلف ايضاً جسراً ترم عليه البشرة من محيط هذه الساحات . ومعالجتها بالهواء الطلق والضياء المشع تجعل الندبة اكثر لياناً .

الكزاز والفنغرية الغازية

ان اتقاء هاتين العرقلتين يقذف حياة الكثيرين .

لجميع الجروح الرضية عرضة للكزاز او الفنغرية الغازية ولترقب جميع الجروح النافذة او الرضية الشديدة حذراً من احدى هاتين العرقلتين او منهما معاً والكسور المختلطة حقل خصيب للفنغرية الغازية والكزاز والوقاية منهما هي اس المداواة فليمن بها . ففي اكثر الحوادث يكفي الحقن بآلف وخمسائة وحدة من ترياق الكزاز لاتقاء هذا الداء . ولكن اذا كان التلوث شديداً او الفاصلة بين الحادثة والاسعاف الاولي طويلة يزداد المقدار . واذا كان المريض ثقلاً بازاء مصلى الحصان يزال تحسسه بحقنه بمقادير صغيرة كل ساعتين ثم بحقنه بالمقدار الوافي بمدئذ .

اما اتقاء الفنغرية الغازية فيتم بالجمع بين الجراحة المواقفة والحقن بالمصل المنع الذي يحقن منه بخور من آلفي وحدة في الوقت الذي يحقن به بالمصل المضاد للكزاز . وفي التجارة مزيج من هذين المصلين معاً كسور المفاصل وخلوعها وآفاتهما

ان تشخيص الآفة الباكرو هو اساس المعالجة المواقفة والتبكير برد الكسور وارجاع الخلوع منها سهولة العمل ويجب ان يكون التثبيت صحيحاً

وبسيطاً وليراقب الرد بالاشعة . وتختلف المعالجة بحسب الحالات . والقاعدة العامة هي : ردّاً باكراً ما استطعت وتأكد من ثبات الرد .

قد ينشأ العجز الطويل في هذه الحوادث مما يأتي :

١ - جهل الشكل الحقيقي للآفة . وينطبق هذا على كسور المفاصل وعلى الكسور التي يحدث فيها تبدل جانبي كبير .

٢ - الحية في الحصول على رد وتثبيت موافقين فاذا لم يمد المحور الى وضعه الاصلي فالعجز لا يمكن اجتنابه .

٣ - خيبة الاصلاح : لاسباب معلومة او مجهولة قد ينتهي الامر بالتصلب وقد يحدث هذا رغم حسن الرد والتثبيت

٤ - عدم التعاون : لا بد من ان يكون بين المريض والطبيب شيء من التعاون فعلى المريض ان يدرك ان الحركة واجبة متى بلغ الترمم درجة خاصة .

يجب ان يرد الكسر في الساعات الست الاولى لان الاختلاطات تبدأ بالظهور بعد هذه المدة فيضطر الى معالجة الآفة واختلاطاتها .

يستعمل التخدير العام كثيراً ويختار الخدر الموافق لكل حادثة وكثيراً ما يكتفى بالتخدير الموضعي .

اما التعبير فاحسنه بسطه والجبار الجبسية تكفي في كثير من الكسور التي يستطيع ردها باليد . اما الكسور الاخرى فالتمديد والتعليق ضروريان فيها واذا ذلك لا يستطيع المريض التنقل - وقلم يضطر الجراح الى الرد الجراحي ولا سيما متى استعمل التمديد ومضاد التمديد .

تنظف الكسور المفتوحة المختلطة بالماء والصابون ثم تروى بمحلول ملحي حار وتقطع اللحم وهذا كافٍ لاتقاء الالتئان . والخيطة الثانوية او المتأخرة اضمن من الخيطة البدئية او الآتية

والخلوع كالكسور تستدعي التشخيص الماثل والرد الباكر ومتى ردت ثبتت وثبتها لا يحتاج الى المهارة التي لا بد منها في تثبيت الكسور، ويشار بالجراحة الباكورة الفاعلة لاستعادة الوظيفة .

ان تمرقل الخلوع بالكسور كثير الحدوث فلينبه الى ذلك في المعالجة . ومتى صادفنا كسوراً او خلوعاً مرفقة كان علينا ان نرقب الاختلاطات العصبية والوعائية وان نتقها ما امكن .

تتطلب اصابات المفاصل - غير الخلوع - تحديد الآفة بدقة لتمين مقر الرض أهو في العظام التي ترتكز عليها الانسجة ام في باطن المفصل . فاذا اصبحت العظام قد يحول التثبيت الباكر دون العجز الذي يشاهد في الحوادث غير المعالجة . اما اذا اصاب باطن المفصل كفضاريف الركبة فلا بد من التوسط الجراحي الباكر لاتقاء المراقيل المقبلة

الاوراق والاعصاب

ان التبكير في خياطة الاعصاب والاوراق المقطوعة واجب لاتقاء الالتئانات وحفظ الوظيفة . وفي الطبقات العميقة قد تنقطع الاوراق والاعصاب ولا يجلي امرها فيجب في كل رض شديد اجراء التجارب المائدة الى وظيفة الاعصاب والاوراق لمعرفة سلامتها او اقطاعها

اصابة باطن القحف

ان معالجة آفات الرأس تستدعي التحفظ فالراحة الطويلة ضرورية ليعتمد البدن التوازن المستبطن للقحف. ان درجة كسور القحف الظاهرة لا تدل على درجة التخريبات الباطنة فيجب الا يقتصر اهتمامنا كله على كسور عظام القحف بل على ما فيه ايضاً فان ٨٠ ٪ من هذه الاصابات تبرا اذا ما هوجت معالجة حسنة و ٢٠ ٪ يقضون رغم كل معالجة. اما حصول السبات المتري في عقب رض الرأس فهو دليل على زحف فوق الام الجافية او تحتها واذا ظهرت صدمة في المريض عقب الرض ثم افاق بضع ساعات وعاد الى السبات وظهرت فيه ابراض الضغط المستبطن للعجمية، كان ذلك دليلاً على زحف السحايا المتوسط. والحدقة المتوسمة والثابتة تدل على جهة الآفة والآفات درجات من ارتجاج الدماغ الخفيف حتى تلقه التام ومستبدات التشخيص هي :

- ١- تاريخ الرض الذي سبب ضياع الادراك الوقي او المديد .
- ٢- البزل القطني الذي يكشف دماً في السائل الدماغي الشوكي وازدياد الضغط فيه .
- ٣- رسم القحف الشعاعي . واذا لم يظهر به شيء فلا يفي ذلك الكسر او تحرب الدماغ .
- وزرع الشظايا النائرة باكرأ هو الطريقة الفضلى ويستثنى بعض انخفاضات الجمجمة الخفيفة في الاطفال .

الظهر - كسور الفقار وخلوعها

قد تكون النتائج في رضوض الظهر سيئة اذا عوين المصاب معاينة ناقصة حين وقوع الحادث ، فتمى اشتبه باصابة الفقار يجب نقل المريض بوضعة الاتكباب والعمود الفقاري ممدد او مغالى في تمديده وذلك بوضع المريض منكباً على لوح خشبي تستره مقرمة (شرسف) .

ان رضوض الفقار وان بدت خفيفة يجب عرضها على الاشعة ورسمها بالوضع الجانبي . فان التشخيص الباكر والرد الموافق يحولان دون دون التشوهات والاختلاطات . ويتم الرد على احسن صورة بالتمديد الشديد . و الرد الباكر ضروري متى ظهرت علامات عصبية وقد تقضي الحالة بالتوسط الجراحي .

ومن وسائل التشخيص الكبيرة الشأن متى ظهرت العلامات العصبية اختبار كويكنستدت لكشف الانسداد الشوكي او النزف تحت العنكبوتية . اما الخلوع بلا كسرفهي نادرة وفحص الجهاز العصبي التام والباكر ضروري ليعرف مدى تخرب الحبل الشوكي . ومتى نمت العلامات العصبية عن اصابة النخاع الشديدة يرفع الضغط بقطع الصفائح الفقارية وذلك خير من الرد غير الجراحي . والرد مستطاع بالتمديد الشديد التدريجي .

ومتى لم يكن اكتناف عصبي يستعمل الرد بالطرق التدريجية اما الحوادث المستعصية التي لا ترد بالتمديد الشديد فترد باليد واذامست الحاجة يستعمل التخدير العام لتسترخي العضلات استرخاء تاماً .

ثم ثبت العمود المطوف بجهاز جيسي شهوراً عديدة ومتى نزع الجهاز يستعمل مشد واقى سنة على الأقل . والرد الباكر في الناحية الرقبية امر ذو بال . ولتذكر جيداً ان الرد سواء أكان مفلقاً او مفتوحاً في الاقسام العليا من العمود قد يرافقه موت فحائي . ويجب ان يبقى التثبيت والنقح مدة طويلة . فالالتئام بطيء . ولتأكد من تقدمه بالاشعة تكررأ . وفي الحوادث التي لا اختلاط فيها حيث تم الرد باكراً تكون النتائج دائماً حسنة اما في الرد المتأخر حيث تحدث تغيرات عصبية فالنتائج دائماً وخيمة . ولنعتن بقوة الجسم العامة ولنستعمل تمارين منظمة لحفظ قوة العضلات الفقارية .

الصدر والبطن

ان الحوادث المستبطنة للصدر والبطن التي لا تراقبها علامات الرض الخارجية تلقي الجراح في الحيرة والتردد .

ولا بد لحظها من المهاجمات الجراحية الرشيدة . والقاعدة هي الانتظار والمراقبة المسلحة في جروح البطن واذا كان الرض شديداً كانت الاصابة الحشوية محققة والاعضاء المصابة تتوالى عادة على هذا الترتيب :

١ . الطحال . ٢ . الكبد . ٣ . الكليتين . ٤ . المثانة . ٥ . الامعاء الرقيقة .
الامعاء الغليظة .

ولتذكر العلاقة الوثيقة بين اعلى البطن ومحتواه وبين الصدر في رضوض الصدر السفلى وفي جميع اصابات البطن العليا . ولتوقع حدوث انخماص رئوي ثانوي ولا تقائه يجب ان نجتنب :

١ . انشقاق الحجاب الحاجز

٢ . ازعاج التنفس بالربط المشدودة التي تضغط التهوية

٣ . تقليل المقابير التي تخفض التنفس

٤ . تغيير وضعة الصدر

وليس تقص في جميع جروح البطن النافذة باكرأ .

وكما وقعت الاصابة في اعلى الناحية المعدية المعوية كان الانذار سلبياً .

لان التمنن اكثر حدوثاً في الناحية السفلى .

ويدل القيء الدموي في جروح اعلى البطن على اصابة المعدة .

والخطر الكبير في اصابة الاحشاء الملطوة هو النزف وفي اصابة الاحشاء

الجوفاء التهاب الصفاق (الباريطون)

ولنجنب استعمال المورفين في رضوض البطن ريثما تشخص الآفة

وتقرر المعالجة .

ولنختار في الممليات الاستقصائية على البطن المروض شقوقاً مناسبة



أثر العرب في الطب والعلوم الطبيعية

العلم سعادى التيمى

رئيس جىة الأطباء الوطنى بنجىف

عند ما خرج العرب من الجزىرة وطمحوا الى مقعدهم الرفىع فى مضمار الحضارة قاموا بدورهم فى انهاض الثقافة العامة . فاستمرضوا اولاً ما وضعته الامم التى تقدمتهم كالفنود والافرىق فى العلوم والفنون وانصرفت طائفة من علمائهم الى ترجمة ما فى الكتب الاجنبىة فنقلوا الى العربىة كل ما وجدوه صالحاً وافعماً . ثم تقدموا بهذه الثروة الى الامام فحسنوها وهذبوها وزادوا فيها الى ان اوصلوا الامانة العلمىة الى علماء دور البعث فى اوروبة .

خذوا مثلاً من الكىمىاء : من اوجد الامىق والطرق الفنىة للتقطىر والتصمىد والتكلىس والتصفىة وتقطىر الماء والكحول وهى كلها مفاتىح فن الكىمىاء الحديث . ان فخر اىجادها يسود الى العرب ولذلك ىترف افاضل الفرىن ان جابراً بن حىان الكىمىاوى العربى الذائع الصىة هو فى الحقىة ابو الكىمىاء الحديثة التى قام عليها مجد الفرىن وتقدمهم الراهن وكىما وبونا هم الذين اكتشفوا الحوامض والقوىات وادخلوا المركبات الكىمىاوىة فى الادوىة .

خذوا اىضاً فن النبات وهو مفتاح العلوم الطبقىة . فقد وصف احمىد بن

البيطار وهو من علماء القرن الثالث عشر زهاء الذي علاج نبات أكثرها جديد في كتابه المسمى (بالمفردات) وهذا كتاب حياة الحيوان للدُميري فهو يعد من خير ما كتب في علم الحيوان وهذا كتاب الطبائع للعلامة العربي ابن أحمد وقد سبق فيه داروين صاحب النظرية المشهورة اذ ذكر فيه ما قاله داروين بالتام.

وضع العالم العربي سابور بن سهل في القرن التاسع كتاباً هو احسن ما كتب في مفردات الطب وأسماء الاقرباذين الكبير فهو ورفاقه العلماء العرب كالرازي وابن الحسن بن حيش وضعوا طب الاقليم وادخلوا عدة ادوية في الطب كالزئبق والكافور والمسك والصندل والشرابات والمستحلبات والسعتر والخنظل والمسيلات الطيبة وهم اول من وضع الجداول المرتبة في السجوم ومضاداتها وجاءت تصانيفهم هذه مفتاحاً لجميع الكتب المتأخرة من هذا النوع.

ظهر في اوروية في اواخر القرن التاسع عشر العلامة باستود الفرنسي وهو الذي تدرج من دروس التفننات والاختبارات الى اكتشاف الجرائم وطرق التلقيح ولكنني ارى من واجبي ان اذكر الجيل الحاضر ان العلامة العربي ابن عبد العزيز الذي عاش في القرن الحادي عشر اي قبل باستود بـ ٨٠٠ عام قد وصف حادث التفسخ والتعفن وصفاً علمياً دقيقاً وبسط نظرية التنظيم عن طريق اللقم.

واما فن الجراحة فقد كان له من عناية العرب اكبر نصيب فالعرب اول من وضع طريقة التخدير قبل العملية وبذلك قضوا على اكبر صعبوبة

تمتدح الجراح في عماله فالجراحون العرب كابن أبي ريشة التميمي وكأبي القاسم من قرطبة صاحب كتاب (التصريف) وغيرهم وضعوا كتباً قيمة في الجراحة وقاموا بإجراء العمليات الجراحية الكبرى وأخرجوا الحصاة من الكلى والمثانة وعلموا بتر الأعضاء وجراحة القم وإخراج السهام وربط الشرايين كما أنهم وضعوا أصول الجيمنة المصرية الحاضرة في كسور العظام أن القصر الذي أوردناه بن سينا والرازي والزهراوي لا يقدر بثمن فقد وضعوا كتباً طيبة ذات قيمة علمية عظيمة الشأن وقد كانت كتبهم تدرس في كليات الطب في سالرن ومونيليه وباريز وأوكسفورد حتى أواخر القرن الخامس عشر .

وكان خلفاء بغداد والاندلس يشجعون العلم والعلماء وقد نتج عن تكاثف العلماء والحلقاء أن فُتحت المدارس الطبية في طول البلاد وعرضها على نمط مدرسة جنديسابور الطبية الشهيرة في بحر الإسلام وفتحت المستشفيات في المدن لجميع الناس من كل الأديان وهذه المستشفيات كانت على أدق ما يكون من الترتيب وكانت لكل شعبة طبية فاحية خاصة في المستشفيات كما هو الحال في مصر الحاضر . وكان لكل شعبة أطباء اختصاصيون اذ كر من كبار أطباء الميون مثلاً أبو القمح الميمني الملقب بابن أبي الحوافر الذي عاش في القرن الثالث عشر وقد كتب عنه صديقي العلامة الدكتور لطفي السعدي أحد كبار أطباء العرب في دترويت مشيخن في المهجر ووصف مبتكراته في طبابة العين وهي محترمة الى يومنا هذا .

ويلد لي أن اذ كر انه كان للعرب طينيات عالمت كزنب من بني هود

وهي من نهرة الكعاليين وابنة ابي الملا بن زُهر من اشيلية وقد كانت طيبة بلاط الخليفة المنصور .

ان لهذه الامة قسطها في علاج الانسانية المتعبة وان لها بحكم هذه الاتعاب حقاً في الحياة تفشده باسم المدالة وباسم ما قدمته من خدمة للانسانية وبعد ان اوصل العرب امانة العلم الى علماء دور البحث خمدت قرائهم تبأً لاندثار حريتهم فوقفوا ينأى كان الغريون يسرون بالامانة الى الامام . فزادوا علم العرب تحسناً و اضافوا اليه اضاف ما اضافته العرب الى علم الانغريق . وهكذا سنة الكون تتأوب الامم رسالة المعرفة كل بدورها . ويخيل الي ان العرب دخلوا دور اليقظة منذ مطلع القرن العشرين . فقد اسرع عرب الشام الى فتح مدرسة الطب العربية حالما بزغ لهم بصيص من نور الحرية قبل ١٨ عاماً . وطلق علماءهم يترجمون الى العربية ما تحويه خزائن الغريين من تفائس كما عمل حنين بن اسحق وصحبه قبل الف عام . ونبغ في مصر جراحون كبار ، وعلماء منقبون وقد شاهدت بنفسي دهشة الاطباء الاوربيين واعجابهم بمبتكرات العلماء المصريين في ابان المؤتمر الطبي الدولي في القاهرة قبل سبع سنوات .

كل ذلك يؤكد ان هذه الامة القاضلة التي علت البشرية خلال قرون لا بد انها تنهض من جديد فتمود الى تبوء مركزها الرفيع بين الامم المثقفة .

صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

٣٠

ترجمها الطيم انور هاشم

د - توزيع وفيات السل تباً للمساكن

وضعنا بمعونة الطيم ب. فينه (G.Vigne) مدير المكتب الصحي في مدينة ليون الجدول الصحي الخاص بتلك المدينة فيما يتعلق بالوفيات السلية والسرطانية في مدة ٢٠ سنة من عام ١٩٠٦ الى ١٩٢٥. وتمكننا من تحديد الاصابات السلية والسرطانية في مختلف المنازل طوال تلك المدة. ومن الممكن توزيع الوفيات السلية في مدينة ليون على الصورة التالية :

١٨١٢١	بنية لم يحدث فيها اي اصابة بالسل
٣٩٦٣	» حدثت فيها اصابة واحدة بالسل
٨٨٦	» » » اصابان بالسل
٢١٢	» » » ثلاث اصابات بالسل
٥٨	» » » اربع » » »
١٢	» » » خمس » » »
٣	» » » ست » » »
٢	» » » سبع » » »
١	» » » ثمانية » » »

فاذا ما انعمنا النظر في ٢١٢ منزلاً مات فيها ثلاثة مسلولون و ٥٨ منزلاً مات فيها اربعة بالآفة نفسها لئلا نأعما اذا كانت مجموعة الوفيات هذه ناشئة من عوامل سلية ذات ارتباط بهذه المساكن ام ان الصدفة وحدها هي السبب في هذه الوفيات ؟ لا بد حيثئذ للاجابة عن هذا السؤال من مراجعة الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة فهي تبين لنا بدقة كل ما هو ذو علاقة بالأمر .

وقد لوحظ على وجه التقريب ان توزيع عدد المواليد كان - معادلاً - لعدد الوفيات بالسل . وقد سجل في هذا الصدد ٢٢٨ منزلاً حدثت فيها ثلاث ولادات مقابل ٥٣ منزلاً حدثت فيها اربع وفيات .

وان الوفرة متشابهة في كلتا الحالتين حتى اننا اذا وضعنا مخططات لظواهر هذا الانتشار رأينا ان الانحناءات قريب بعضها من البعض الآخر حتى انها تختلط مع بعضها بصورة محسوسة . وقد دققنا في الوفيات بالسرطان فشاهدنا الانتشار نفسه حيث كانت نسبة الوفيات معادلة لنسبة الزيجات . فهما تمددت المظاهر فان توزيع الحوادث في المساكن متشابه دائماً والرأي السائد ان الصدفة وحدها ليس غير هي العامل الاكيد في هذا الانتشار ولكي يصبح هذا التفتيش قيمياً لا بد ان يقارن بين عدد معين من الحالات ويجب ان يكون هذا العدد كبيراً والشروط السكنية وكذا الزمن واحداً وفي الجدول الآتي نموذج عن هذه الحالات :

الوفرة بالمساكن	الوفيات			الولادات
	بالمسقط	بالسل	المجموع	
٠	١٨٢٣١	١٨١٢١	١٨١١٧	١٨٢٤٨
١	٣٧٦٩	٣٩٦٣	٣٩٥٢	٣٧٣٦
٢	٩٥٣	٨٨٦	٩١٣	٩٨٢
٣	٢٢٨	٢١٢	٢١٠	٢١٢
٤	٥٣	٥٨	٤٦	٥١
٥	١٦	١٢	١٣	١٨
٦	٥	٣	٤	٦
٧	٢	٢	٢	٣
٨	١	١	١	٧

إذا كانت في المدينة بيوت مرافقها الصحية سيئة محرومة من النور رديئة التهوية قدرة فهذه الشروط موافقة جداً لانتشار السل وبناء عليه يجب ان يكون معدل الوفيات السلية فيها أكثر مما هو عليه وان يظهر هذا الاثر في التحريات التي اجريناها. فاليوت المأثرة على الشروط المذكورة ليست قليلة في المدن وبالرغم من ذلك فتأثيرها لا يذ كر .

فكيف نوفق اذن بين هذا التأكيد الذي لا يرد مع ثقتنا بمخطر هذه المساكن الوضعية في انتشار السل ؟ اذا اردنا ان تقدم برهاناً على عدم سراية السل او بالاحرى على ندرة سرايته فالتاثيره في نتيجة التحريات التي قدمناها فهي تبرهن على انه اذا كان لوخامة المساكن دخل في انتشار

السل فهو تأثير لا قية له . لا ينكر ان صحة المسكن لها قيمتها فيما يتعلق
بامر الوقاية من الامراض السارية حقيقة . فاذا لم يكن لها الشأن ذاته في
السل فما ذلك الا^١ لأن السراية ليست الطريقة العادية في نقل هذا المرض .

هـ - اختلاف وفرة الوفيات في المساكن ذاتها

يلوح ان تأثير المنازل الحقيمة المشؤوم من الوجهة السلية امر معقول .
ان هذه الفكرة متأصلة في نفوس الصعيين حتى اننا مجبرون على محاولة التحقق
من عدم صحتها باتباع طرق اخرى غير التي سبقت نغني بها طريقة الشواهد
ولهذا الغرض فقد سجلنا في مساكن مدينة ٤٠٠٠ حادثة وفاة بالسل مع
العلم باننا حذفنا المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من هذه الوفيات ثم تدبنا
٤٠٠٠ حادثة تالية مدققين في المنازل التي حدث فيها اكبر عدد ممكن من
الوفيات . ففي هذه الشبة حصلنا على النتيجة نفسها وكان العدد ٤٠٠٠ وفاة
بالسل . فاذا كانت للحالة الصحية السكنية بعض القيمة في تراكم الوفيات
كان من الضروري ان تكون هذه متساوية تقريباً وهذا مما كس لما هو
مشاهد بالتحريات . واثباتاً لما تقدم هاكم البرهان القاطع : ان المنازل المسجلة
في احدى الزمر لم تكن لها علاقة بالزمر الاخرى وعليه فالتى اعتبرت ملوثة
من عام ١٩٦٠ الى ١٩٠٨ تختلف عن المشتبه بها من عام ١٩٠٩ الى ١٩١١ ومن
عام ١٩١٢ الى ١٩١٤ . على انه يجب ان لا يغرب عن البال ان السكان لم
ينغيروا هذه المساكن ولذلك فنحن مجبرون على التصريح بان المنازل ليست
هي السبب كله .

و - ليست الوفيات بالسل أكثر حدوثاً في المنازل الوضعية

لدينا طريقة ثالثة للمراقبة فيما يتعلق بتأثير المنازل الوخيم في ترقى الداء السلي وهي طريقة صحيحة وبسيطة تقوم بفحص المنازل الاكثر وخامة ومعرفة ما اذا كان السل يحدث فيها اشد التخريبات . او ببارة معكوسة لتدقق في المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من الوفيات وتراجع جدول المنازل الضارة وهل هي موجودة فيها ام لا ؟ وبهذه الوساطة يمكننا ان نعرف ما اذا كانت هناك علاقة بين الوفيات بالسل ودرجة وخامة هذه المساكن . فالشق الاول من هذا الاستقصاء يقوم بمراجعة سجلات المكتب الصحي في المدينة ومعرفة المنازل الحاوية لاسوأ الشروط الصحية . ولقد وجدنا في المخططات الآتية المستحصلة من (١٢٠٠٠) حادثة وفاة بالسل من عام ١٩٠٧ الى ١٩١٤ منازل تربو على المائة حوى كل منها وفيات تتراوح بين اربع وتسع . بينما في (١٨) منزلاً كانت تعد من اواخر المنازل وأرداها لم تسجل اكثر من ثلاث وفيات بالسل في ثمانى سنوات .

ولا بد لنا من لفت الانظار الى ان الاشخاص الذين ماتوا في المستشفيات قد سجلوا في تحريقاتنا كما لو كانوا في منازلهم وهذا ما يجعل هذه التحريات اصح . ويظهر ان ليس هناك اقل ارتباط بين وخامة المساكن والوفيات السلية وهذا ما يوافق مشاهدة (جيره) الرجل الذي دقق مدة ٢٥ سنة مع مساعديه في هذه القضية وأبان اخفاق الجهود والتضحيات المبذولة لابطال

هذه البيوت الوضيعة في الاحياء التي حسنت فيها المنازل ولم ينقص عدد الوفيات بالسل فيها

وهناك استقصاء اخير يقضي بفحص المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من الوفيات بالسل بدون ان تكون اوخم من غيرها وتبين ما اذا لم تكن داخله ضمن نطاق المنازل التي ينقصها الكثير من الوسائل الصحية . فلجلاء هذا الامر فخصنا اربعة عشر منزلاً في السلاسل الثلاث المتقدمة المحتوي كل منها على ٤٠٠٠ وفاة فتبين ان في كل منها حدثت خمس وفيات على الرغم من ان احدها لم يكن شديد الوخامة ولكنها كانت مكتظة بالسكان . وقد كان احد هذه الابنية واقعاً على ضفة نهر السون (Saone) يشتمل على قسمين مؤلفين من ست وسبع طبقات مفصولين بفناء واسع وفيهما (١٠٤) بيوت نظيفة وافرة الضياء فيها (١١٢) نافذة مطلة على الجهة الشرقية . وبعض المنازل الاخرى كانت اقل جودة من جهة التهوية والالارة والنظافة ولكنها لم تكن سيئة جداً .

ز - - المسألة المتعلقة بالشوارع الضيقة والمخارات

ان جميع الابحاث السابقة خاصة ببعد الوفيات وعلاقتها بالمساكن وهي من الامور التي يحسبها المرء خاضعة لجرد الصدفة ولكن مسألة اخرى تبرزنا هي مسألة الشوارع الضيقة والمخارات التي درسها جيلره بالخاصة . فهل تختلف الوفيات بالسل تبعاً لاتساع الشوارع وضيقها ؟ وهل نلاحظ في مدينة ليون مخارات معرضة لهذا المرض اكثر من غيرها ؟

لقد نهجنا لبيان هذه الاسئلة الطريقة نفسها التي اتبعناها حين بحثنا في الساكن على حدة ونمضي بذلك اثنا وازنا بين مشاهداتنا عن السل والمشاهدات التي استنبطت من توزيع حادثة اخرى اي الولادات في المكان نفسه والعدد ذاته . ولكي نحصل على فكرة عامة عن توزيع الحالات في كلا هذين الدرسين المقابلين استندنا الى جدولين متشابهين لمدينة ليون . احدهما خاص بالوفيات بالسل والآخر بالولادات بمجموع (٦٧٠٠) اكل قسم . ولا يختلف بعض هذه المستندات عن بعضها الآخر الا قليلا فلست بحاجة الى ذكرها هنا .

(لبحث صلة)



الحيويات (الفيتامينات)

في الكيمياء الحيوية

٢

لللم في الصيدلة والكيمياء صلاح الدين مسعود الكواكبي

وفي المضوية الى جانب الكاروتين (الكوبين $C_{40}H_{56}$) احد اقاربه
الاذنين وهو غم هدرجني يوجد بكثرة في الطماطم ويكسبها لونها
الاحمر الجليل .

صيفته تشبه صيغة الكاروتين بوزن ذري يساوي وزنه الذري الا
انه يختلف عنه بكونه من الصنف اللادوري الحقيقي ويمت بصلة من القرابة
الى يتاكاروتين (*)

والكاروتين الموجود في الملكة النباتية يوجد في الملكة الحيوانية
ايضاً إما حراً منعلاً في بعض الدم وإما مركباً مع مواد كيميائية اخرى في
بعض الكائنات الحية كالسرطان البحري المسمى (homard) وسرطان
الماء المذب (écrevisse) . ولهذين الحيوانين وهما في حالة الحياة ذئبل (**)

(*) للكاروتين نوعان متاثلان (isomère) هما ألفا كاروتين ، وبيتا كاروتين الاول
يؤثر في النور المستقطب والثاني لا يفضل فيه .

(**) الذئبل يتفتح فكون جلد السلحفاة البحرية او البرية او عظام ظهر دابة بحرية
تتخذ منها الامشاط كما في القاموس وزيد بها هنا ما تفيد الكلمة الافرنجية carapace

ازرق اسود يحمر بالطبخ لان الكاروتين الموجود في هذا الذبل متحد ببعض الهويئات (بروتيد) التي اذا ماتخثرت بالقلبان انفصل الكاروتين بالتميه فاعاد الى الذبل المطبوخ لونه الاحمر المعروف. وكذلك اذا اطعمت الدجاج التي تحب هذين السرطانين شيئاً من ذبلها شوهد في بعض اعضائها لون الذبل الاحمر الجليل مما يؤيد ان الدجاج التي يضاف الى اقواتها شيء من ذبل سرطان الماء العذب تبيض بعد ايام قلائل يوضاً محاً احمر (لا اصفر) لتراكم جميع الكاروتين الذي ابتلته ، في مح يوضها .

هذا وعدا عن الفحوم الهدرجية المنسوبة الى امرتي الكاروتين واليكوبين ، توجد في الحيوانات فحوم هدرجيه اخرى كالسيناسن او السكالن الموجود في كبدة الاسماك البرتغالية وكبد الحوت الكلي (requin) وهو فحم هدرجني صيفته $C^{30}H^{50}$ امكن اصطناعه من بروم القارنه ذيل . ومما يجدر ذكره هنا القرابة الحقيقية التي يمت اليها (السكالن) هذا بصلة صحيحة مع فئة من الفحوم الهدرجية المستخلصة من النباتات (التربنات) كما تأيد ذلك من هدرجتها . لان السكالن اذا سخن مع حمض النمل تهدرج تهدرجاً تدريجياً حتى ينتهي اخيراً الى السكالن الدوري الرباعي (teracyclo scalène) مما يؤيد ان السكالن الذي يوجد في الحيوانات يتصل بنسب صحيح الى التربينات الموجودة في النباتات .

اما في الانسان فلقد امكن استخلاص الفحوم الهدرجية نفسها ولم يمكن حتى الآن اثبات وجود السكالن فيه انما تأيد وجود الكاروتين وفحم هدرجني لم ير في غير الانسان هو صباغ الدم الانساني (adipochrome)

ذو الصيغة $C^{30}H^{64}$ وهو فحم هدرجيني لا دوري وهو الذي يجعل الدم الانساني اصفر .

اما تكون هذه القحوم الهدرجينية في الكائنات الحية فيتم من تطور السكريات او الهوليوات ببعض العوامل المؤثرة او بالتحاثر (كالاختبار الحلي والاختبار القيني) او بالجراثيم (كالجراثيم المتقلبة والمصيات المهتانية) .

وقد تتكون في جهاز بعض الحيوانات الهضمي دون وساطة الجراثيم كما هي الحال في الطائر المائي المسمى طير المطر (pèirel) الذي يقتات بالاسماك . هذا الطائر العجيب يفرز زيتاً غنياً بالقحوم الهدرجينية التي يستفرغها من فمه ويستعملها في تغذية صغاره من جهة ودفع عدوه من جهة أخرى لانه ذو رائحة مغيثة ولا تزال آية تكون هذا الفحم الهدرجيني في هذا الطائر العجيب مجهولة .

اما استمالات هذه القحوم الهدرجينية فتلخصها فيما يلي :

يمكن للقحوم الهدرجينية ان تكون غذاء لبعض الجراثيم كبعض العفنيات مثلاً فانها تعيش في بيئة ليس فيها غير روح النشادر كمنبع للآزوت والبارافين كمنبع للفحم .

وكذا المهتان يمكن ان يكون غذاء للمصيات المهتانية .

وقد ذكرنا آنفاً ان طير المطر يستعمل القحوم الهدرجينية التي يستفرغها غذاء لصغاره .

ومن القحوم الهدرجينية ما يستعمل دواء كالزيوت البترولية المستعملة في الطب مليئة او مسهلة (كالتوجول والبارافين السائل) .

واهم من هذا كله كون الفحوم الهدرجية نبوعاً للقدرة وذلك على صورتين : الصورة المباشرة كغذاء مولد للقدرة المضلية والصورة ، غير المباشرة كمتاصر ثانوية في تفاعلات شتى او كنسج للحيوانات ومن هنا يتجلى شأنها العظيم .

والى جانب السكاروته في النباتات مركبات قريبة منه تختلف عنه بوجود ذرة من الاكسجين فيها وهي اصفر الورق كما ذكرنا ($C^{40}H^{56}O^2$) . وفي النباتات الخضر ، جملة محولة للقدرة تفعل الى جانب الحضير وتعين على اتمام دورة الاكسدة والارجاع هي جملة اصفر الورق والسكاروته .

فعلى هذا هنالك دورة : (لاروته - كراتوفيل - كلوسوفيل) هي اساس الحياتين الحيوانية والنباتية على السواء بل الحياة عامة اذ يجب ألا يغرب عن البال انه لا حياة حيث لا نباتات خضر . هذا فضلاً عن ان الفحوم الهدرجية هي من مكونات العضوية الحية التي لا تستغني عنها الحيوانات في حياتها ونمائها ومنها ما هو ينبوع الحيوانات كما ظهر منذ بضع سنوات .

هذا وان الفحوم الهدرجية الصفر يمكن ان ترى في بعض النسيج المرضية فلقد لوحظ ان النسيج السرطانية غنية بالدمس وكان هذا الدمس اشد صفرة من الدمس الطبيعي (كما في سرطان الثدي) وذلك لتراكم فحم هدرجيني خاص في هذه الدمس هو (صباغ الدمس الانساني) الذي مر ذكره آنفاً وهو نذير سيء لانه يصادف في النسيج السرطانية الحية جداً اكثر منه في النسيج السرطانية الأقل خبائثة ومن المظنون ان يكون هذا الصبغ هو العامل في نشاط النسيج السرطانية .

وكما ان السكروتة عامل في النمو بواسطة الحيوين A ، كذلك يظن ان تكون الدم الصفري هي الماملة في تكون السرطانات .
ولهذا ما له من الخطورة في علم الامراض . فمن المشاهد منذ امد بعيد ان بعض المرضى كانوا يصابون باصفرار العظام الجلدية ذلك الاصفرار الذي كثيراً ما كان ينعصر في فاحية خاصة من البدن ولا سيما في راحة الكف وكان يسمى باصفرار الجلد (xanthochromie cutanée) .

تشاهد هذه الامراض في بعض الامراض خصوصاً في داء السكر (diabète) بنتيجة الحمية التي غالباً ما تكون غنية بالحضرات ولعل عضوية المصابين بداء السكر لا تستطيع تحريب فضالة السكروتة الغذائية ، فيتراكم السكروتة في عضويتهم ويظهر بالشفوف في نواحي الجلد البيض ، كراحة اليد ، هذا عدا عن ان دسهم ونسجهم الشعية تكون اشد اصفراراً مما هي عليه في الحالة الطبيعية لانها تكون حيثئذ مفعمة جداً بالفحوم الهدرجية للنسج الشعية وكثيراً ما يدعو امر هذا الاصفرار الى الخطاء في التشخيص ، حتى لقد ذكرت في امريكة سنة ١٩١٥ عدة حوادث يرقانية غير خمجية لم يكن منشأها احتباس الاصبغة الصفراوية بل كان منشأها ازدياد السكروتة الدموي (hypercaroténémie) ازدياداً فاحشاً بسبب حمية غذائية غنية بالسكروتة غناه كان يفوق الحد الطبيعي .

الفصل الاول

في الاعمال التي اضت الى كشف الحيوانات

لم يكن اكتشاف الحيوانات وليد الصدفة بل جاء ثمرة درس وبحث طويلين في الاغذية ، خصوصاً في البحث عن اي المواد اصلح لادامة الحياة ونماء العضوية ، وعن اسباب امراض (الذرة ، والحفر ، والفاقة) . وكان اشد المسائل تعقيداً ، المسألة المتعلقة بالحيوانات عامة لان الحيوانات كما هو معلوم تعيش بالمواد المتعضية المعقدة التركيب جداً كبقايا الكائنات الحية من نبات وحيوان . فكان على القائمين بالبحث والدرس ان يملوا قبل ذلك ما هي المادة اللازمة للضرورة للحياة ولا غناء للعضوية عنها والموجودة في هذه المواد الغذائية ، ليتوصلوا بعد ذلك الى ما كانوا يتوقون .

لقد تبين نتيجة التحليل المنصري الدقيق ان جميع النسيج الحيوانية تحتوي على الاكسجين ، والفحم ، والهيدروجين ، والآزوت ، والكبريت ، والفسفور والكالور ، والفلوور ، والصوديوم ، والبوتاسيوم ، والكلسيوم ، والمغنيزيوم والحديد ، بالنسب الآتية :

٠,٢٦	الصوديوم	٦٢,٨١	الاكسجين
٠,٢٢	البوتاسيوم	١٩,٣٧	الفحم
٠,١٨	الكالور	٩,٣١	الهيدروجين
٠,٠٤	المغنيزيوم	٥,١٤	الآزوت
٠,٠٠٧	الفلوور	١,٣٨	الكلسيوم
٠,٠٠٥	الحديد	٠,٦٤	الكبريت
		٠,٦٣	الفسفور

فالمواد المعدنية ($Ca, ClNa, PO_4$) مثلاً هي من المركبات الضرورية البسيطة بالنسبة لغيرها، والجزء الأكبر من الاغذية هو من المواد التي تسمى بالمواد العضوية تلك المركبات المتعلقة التركيب منها الثلاثة العناصر المؤلفة من القمح والهدرجين والاكسجين فقط (كالكريات والنشويات والشحنيات)، ومنها الرباعية والخماسية المؤلفة من القمح والهدرجين والاكسجين والازوت والكبريت وحياناً الفسفور وهي اكثر تعقيداً من الاولى (كالهوليولات او المواد الآحينية) وقد جعلت هذه العناصر في صنفين: الصنف الاول العناصر الميككة (plastiques) وهي التي تقوم بتكوين هيكل العضوية الحية مع وظائف اخرى معينة وتسهل مايرتها بطرق التحليل، والصنف الثاني العناصر الوسيطة (catalytiques) وهي التي لا توجد في العضوية الا بمقدار يسير جداً (*)

فهل هذا التنوع الذي لازم ضروري للعضوية الحيوانية لزوماً مبرماً ام يمكن لهذه العضوية ان تغتذي بمواد تحاكيها بالتركيب العنصري نفسه وتمتاز منها ببساطة بنيتها الكيميائية ؟ ولا يخفى من جهة اخرى ان بين الاجسام البسيطة كالاكسجين والهدرجين والازوت والقمح والكبريت والفسفور (التي لا يستفاد منها الا من الاكسجين فقط) وبين السكريات والنشويات والشحنيات والهوليولات (التي يمكن الاستفادة منها) مركبات وسطى.

(*) لذلك سماها الاستاذ برتران بلتاهية في الصغر الكيميائية infiniment petits

فاطبيعة هذه الاجسام الاكثر بساطة من النشويات والشحنيات والهوليوات . التي يمكن ان تؤلف الاركان اللازمة الضرورية حقيقةً لادامة الحياة والتي توجد في المواد الغذائية ؟

هذا ما وضعه الاحيائيون على بساط البحث وهو كما ترى سوءاً جل ليس بالهين حله . ولكن همه العلماء الافناذ لم تقف عند هذه العثرة الاولى ولم تخزع عزانهم امام هذه العقبة بل ما زالوا حتى اقتحموا الصعاب وذلوا العقبات وتوصلوا الى الغاية التي استهدفوها . فلقد تبين لهم بنتيجة التحليلات الكيمياوية العديدة التي قاموا بها :

ان السكريات تنتج	٤,٢٣	سراً من الحرارة
وان الشحنيات -	٩,٤٠	-
وان الهوليوات -	٣,٦٨	-

وان الاغذية المتناولة لا تحترق كلها في العضوية ولا تنتج جميع الحرارة المدخرة فيها بل يبقى منها في الامعاء مقدار كما هو لا يطرأ عليه ادنى تحلل وي طرح مع البراز ، وان نسبة الفضلات تختلف باختلاف الغذاء وصحة الشخص الذي تناوله . فلحساب مقدار الحرارة الحقيقية التي يمكن للعضوية البشرية ان تستفيد منها فعلاً وضعوا الامثال العملية الآتية بعد تجارب طويلة :

لاجل غرام واحد من السكريات	٣,٨٨	-
- الشحنيات	٨,٦٥	-
- الهوليوات	٣,٦٨	-

(للبحث صلة)

كِتَابٌ جَدِيدٌ

الجزء الثاني من كتاب فن الغرائز

وضعه الاستاذ احمد منيف بك العائدي واشترك في تأليفه الدكتور احمد بك الطباع فبحثا فيه عن الاغذية والهضم والدم عدد صفحاته ٦٥٦ مزين بـ ٣٢ رسماً .

طبع الكتاب وترتيبه : رتبته الابحاث الكتاب احسن ترتيب وقد طبع على ورق صقيل وعني في طبعه كثيره من الكتب التي تطبع في مطبعة الجامعة . لغة الكتاب صحيحة وفضيحة والجل مرتبطة وسلسة . ولا شك ان المؤلفين قد اضطروا الى تذليل عقبات كثيرة للوصول الى اظهار بحلة قشبية وبلغة صحيحة لان اكثر ابحاث هذا العلم حديثة .

ويدعو ذلك المؤلفين الى بذل جهود كبيرة لايجاد مصطلحات عربية تناسب الكلمات الاجنية . وقد وفق المؤلفان في هذه الناحية فانتقيا احسن المصطلحات وافصح الكلمات . ومما لا ريب فيه انه ليس من السهل وضع مصطلحات لا تقبل الجدل لان باب اللغة واسع ولا ن لكل كلمة معاني كثيرة ولها مترادفات عديدة وقد تدل الكلمة على الشيء وضده . وهذا ما يؤدي الى ترك هذا الباب مفتوحاً دون ابعاده حتى تصح عزيمة الجمع اللغوي

الملكي على اصدار موسوعة كبرى يشترك في وضعها عدد كبير من العلماء الاعلام والفنويين الافذاذ . وان لا يبقى بحث اللغة الطبية وقفاً على الفنويين دون مشاركة العلماء لهم ولا سيما ان بين العلماء من حملوا اليراع وتمسقوا في فقه اللغة وعانقوا العلم بالأدب واثقوا الرباط بينهما .

مادة الكتاب : غزرة وابعائه شيقة احاطت بكل ما هو حديث وقد جاء بحث الحيونات كاملاً من جميع الوجوه وقد اطلق عليها المؤلفان اسم المحرضات فاحسنا انتقاء هذه الكلمة اذ لا يخفى ان هذه العناصر تحرض على قيام الجسم بكثير من اعماله الحيوية وهذا ما دعا بعض المؤلفين الى تشبيهها بالحيوانات (هورمون ، رسل ، اتوار) فكما ان مفرزات الغدد الصم حاثات حيوانية فان الحيونات حاثات او محررضات نباتية .

وقد جاء بحث الدم كاملاً من جميع نواحيه خاصة بحث نقل الدم الذي استفاد المؤلفان من اصدق المصادر واحديثها .

ما أخذ الكتاب : اعتمد المؤلفان على الكتب العربية التي اصدرها اساتذة المهد الطبي والتي لبعض ابحاثها صلة بعلم الغريزة اذ لا يخفى ان العلوم الطبية تشبه حلقة لا يبرف اولها من آخرها ونقلنا عن احدث الكتب العربية التي وضعت في هذا العلم .

هذا واننا نقدر جهود المؤلفين الكريمين واقداهما لان وضع الكتب في العلوم الخبيرة عمل شاق لا يليق التشجيع الكافي فلا الطلاب يظهرون رغبة كبيرة في اقتناء الكتب بل يقدون الآمال على كتب الامراض والmedaواة ظناً منهم انها محور رحي عملهم ويستفيدون من الرجوع اليها كلما اغمض

عليهم تشخيص او التبت عليهم طريقة معالجة ولا الاطباء يميرونها ما تستحق
من التقدير لانهم اصبحوا سرريين فيخيل اليهم انهم في غنى عنها. عرف المؤلفان
ولا شك هذه الحقيقة المرة وشعرا بها وقد أقدما مع ذلك على التأليف
فكان من الواجب ان يقوم نثر ويقدّر عملهما الطبي الثغافي وخدمتهما الخزانة
الكتب العربية بضم هذا المؤلف العربي النفيس اليها وفقهما الله
شوكت موفق الشطي



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٧ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٦ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ٨ حزيران سنة ١٩٣٧

١ - قرىء كتاب من المليم دوزو تو يقدم به استقالته من الجمعية بمناسبة سفره نهائياً من سورية ويتمنى به للجمعية كل ازدهار وتقدم

٢ - تلي محضر الجلسة السابقة وصدق عليه

٣ - قرئت التقارير العلمية التالية

أ - حادث داء التمرورات القصوي ، للمليم حسني سبيع: مريض عمره ثلاثون سنة اصيب بسعال ونفث قيحي فيه بعض الخيوط الدموية وهي متموجة حتى ان مرضه التبدس بالسل غير ان الصحص الشعاعي ومعاينة النفت الجرثومية نفيا هذا الداء كما ان احتقان كبده وازدياد وحيدات النواة في دمه وجها الانظار الى الزحار على الرغم من غيبة التمرورة في برازه وقشاعاته فعملج بحقن الامتين الوريدية ستة ستفرامات في اليوم خمسة ايام متتابة واعيدت السلسلة مرة اخرى بعد فترة ثلاثة ايام فشفي المريض شفاً تاماً .

الناقشة : العلماء ترايو ، شطبي ، سبع ، سوليه

ب — حادث ائقتال البين الحرقى ، للعلمين مآر روبر و تياو : مريض دخل مستشفى فاريزيه فى دمشق مصاباً بأعراض انسداد الامعاء الحاد وقد بدت هذه الاعراض بحسب افادته منذ اربع وعشرين ساعة فقط وكانت حالته العامة سيئة حين دخوله واطرافه باردة ففتح بطنه وتبين ان سینه الحرقى كان مفتلاً ففك الائقتال وشقت الحفرة الحرقية اليسرى واخرجت العروة السينية المتسمة وثبت بالجدار غير ان المريض لفظ انفسه الاخيرة فى نهاية العمل الجراحى .

الناقشة : العلميان مرشد خاطر ومآر روبر

ج — هذان مراى حاد مع اهلاس حبة مشتركة وبمرض كوتار ناتج عن انحباس قطعة معدنية صغيرة فى الحلق ، للعلم اسعد الحكيم : مريضة عمرها ٣٥ سنة اصبت بصداغ شقيقى وكان فى جيبها القسكى ظل خفيف وفى جذور اربعة من اضراسها العلوية اورام حبيبية بدت بالرسم الشماعى وكانت المريضة مصابة بأرق وسعال تشنجى وطعم معدنى فى البقم وهذيان واهلاس - halluci nations) وبينما كانت تسلم يوماً واذا بها تقذف بقطعة معدنية من فمها فجنست حالتها بعد ذلك تحسناً محسوساً

الناقشة : العلميان ترايو واسعد الحكيم

د — بحث تشريحى مرضى فى حادثة تيناؤف لثورجه ، للعلماء ترايو وشوكت الشطبي ويجمال الدين التعمام : هو درس تشريحى لثقة مريض قدمت مشاهدته منذ جليستين للصبيعية الطبية الجراحية وقد ائدت جدالاً عنيماً وقشذ ووعد

مقدموها انهم سيأتون بتشريح الجثة المرحي المجبري والمري في جلسة مقبلة وقد ابروا بوعدهم في هذه الجلسة .

الناقشة : العليان حسني و ترابو

٥ - اكياس مائية بطنية، للميتين مآثر روبر و تياو : مريض عمره ثلاثون سنة من الجبل الدوزي تبين من معاينته ان في مرقاه اليسرى ورمأ مستبطناً للعناق بحجم رأس الطفل متحركاً حتى ان دفعه الى يمين الحط المتوسط مستطاع ومرتشأ بالقرع ارتماشاً واضحاً ، وان في مرقاه اليمنى ورمأ آخر ثابتاً متصلاً خرسه بخرس الكبد وليس مرتشأ كذاك . وكان تفاعل كازوني سليماً وعجات الحامض في الدم ستاً فقط فاتجه التشخيص نحو كيس مائي مستبطن لرباط القولون في اليسار وكيس مائي كبدي في اليمنى وقد اثبتت العملية هذا التشخيص فان كيس الكبد لم يستطع استئضاله بل شق وافرغ ووخف (marsupialisé) وكانت فيه اكياس ابناه واما كيس الرباط فقد استؤصل بتمامه بدون ان ينبثق وشقه العليم مآثر روبر بحضور الاعضاء فاذا فيه سائل صاف كماء الينبوع واكياس ابناه . والمفيد في هذه المشاهدة هو استخراج الكيس المائي برمته .

٤ - اطلع الرئيس سوله الاعضاء على حقيقة وباء الطاعون الرثوي في الجزيرة وان الاصابات به كانت ١٢ والوفيات كذلك اي انه لم يسلم مريض واحد من المصابين . ثم ختمت الجلسة

مرشد خاطر

١- حادث داء المتوررات القصبي

Un cas d' amibiase bronchique

للطيم حسن سبح

استشارنا المدعو ح . من قعدة دوما لسعالٍ مستمر مع قئانة مدماة وناخس وآلام في الكتف اليمنى . وهو شاب في العقد الثالث حسن البنية غير ان في وجهه شعوباً . وترباً . ليس في سوابقه ما يستدعي الانتباه سوى اصابته بالبرداء منذ بضع سنين خلت ، ونوب اسهال زالت بلا دواء خاص . بدأ مرضه الحالي منذ ستة اسابيع بقشعريرة وارتفاع الحرارة وألم في جانب الصدر الايمن ، وسعال ونفث مخاطي قيحي يشوبه بعض من خيوط الدم . فاستشار احد الاطباء بعد بضعة ايام من بدء الاعراض المذكورة ، وكان تشخيص الطبيب البرداء فحقنه باربع حقن من الكينين فلم يكن لها اقل تأثير في الاضطرابات المذكورة ولا في مخطط الحرارة ، واستشار طبيباً آخر بعد قليل ، فذهب هذا الى اصابته بالسل الرئوي فاشار عليه بالاطعمة المغذية ، ووصف له زيت كبد الحوت مع برشان مسكن للسعال . وراجعنا المريض بعدئذ خائفاً من تشخيص الطبيب الاخير وقد قام بما اوصاه به . وكان يشتكي في ذلك الحين الحمى التي كانت تتبدل درجتها من ٣٧°٥ - ٣٨°٥ وآلاماً في جانب الصدر الايمن وفي الناحية التنكسية خاصة ، وسعالاً مزعجاً مع قشع مخاطي قيحي مدمى . وكشف فحص الجهاز

التنفس خراخر مخاطية قصبية مبعثرة في الرئتين ولم يكشف اية علامة دالة على تكثف نسيج الرئة ولا على اي استقرار فيها ، ولم يبدُ في الجهاز الدوراني ما يستدعي الانتباه فدقات القلب منتظمة والنبض ٩٠ في الدقيقة والضغط الشرياني ١٢-٨ بجهاز فاكر . وكانت الكبد تتجاوز الاضلاع الكاذبة زهاء اصبعين وجنسها مؤلم والطحال مقروع .

وأبان الفحص الشعاعي الفصون القصية بجلاء مع الظل السري وارتفاع نصف الحجاب الايمن ولم يبدُ فيه اي ظل غير طبيعي ، وكان الحجاب الضلعيان الحجابيان طبيعيين ، ولم تكشف عضية كوخ بالفائنة مع انها فحصت عدة مرات ولم يكشف الفحص البسيط ايضاً اي اثر للتمودة ولا للتمسجة .

وابدى عدده الكريات ١٢٠٠٠ من الكريات البيض في الميكرت المكب وكانت صبغتها كما يلي : ٤٧ كثرات النوى ، ١٩ وحيدات النواة و ٣٤ لنفاوية . ولم يكشف اي اثر للسكر ولا للآحين في البول ، ومقدار البولة الدموية ٠,٣٠ ، ارتكاس واسرمان في الدم سلبى ، ولم تلاحظ التمودة ولا سواها من الطفيليات في البراز .

والخلاصة يبدي مريضنا التهاباً قصبياً منتشرأ مع نكت دموي وآلام صدرية وحى معتدلة واحتقان في الكبد ، وان سلية البحث عن التمودة الزحارية في النفت والبراز لم تمنعنا عن ان نفكر في داء التمودة القصبي بسبب العلامات الوظيفية البادية في العليل واحتقان الكبد والصبغة الدموية وقد اي سبب آخر بإمكانه احداث التناذر المذكور . ولهذا

عالجنا مريضاً بمحقن وريده بالامتين بقصد التجربة (٠٠٦) في اليوم خمسة (ايام متتابعة) فكانت النتيجة كما يلي :

ان الحرارة التي صعدت حتى ٣٩ قبل يومين ابتدأت تهبط تدريجياً منذ الحقنة الاولى ، واصبحت طيعة بعد اربعة ايام وظلت كذلك بعدها . وخف السعال والنفث تدريجياً مع الحراخر القصية التي ترافقه ، واستعادت الكبد حجمها الطبيعي ، وشعر الليل بتحسن بئى ، وبعد فترة ثلاثة ايام اعيدت سلسلة اخرى من الامتين فشفي المريض شفاة تاماً .

فيحق لنا بعد ان بدت فائدة الامتين التوعية في هذه المشاهدة ان تؤكد ان مريضنا كان مصاباً بالتهاب القصبات المتوردي ، مع فقد العامل المرض من القشع والبراز . ويود الفضل الى بايتزنا كيس الذي اورد المشاهدة الاولى عن هذا الاستقرار المتوردي ، وقدمها الى الجمعية الطبية لمستشفيات باريز سنة ١٩٢٣ ، بعد ما لاحظ تأثير الامتين الحسن في سير التهابات القصبات البادية في المصابين بالزحار وتمددت المشاهدات في مصر والهند الصينية وغيرها من البلاد الحارة . واني اقر باني لم اشاهد هذا الاستقرار في دمشق على الرغم من تفشي الزحار في بلادنا تفشياً يجعله قراءة فيها ، حتى ان في كتابي امراض جهاز التنفس المائل للطبع قد اتيت بهذا الاقرار نفسه . أفشاهدي هذه هي الاولى من نوعها ، ام ان الزملاء الافاضل شاهدوا سواها في سورية ؟

الناقشة - الطيم زاوي : قد كتب و ذكر مرات عديدة ان الامتين وحده ليس كافياً لاثبات طيعة الداء . بل يجب كما ذكر دوتير كشف المتوردة في

القشاعة او حقن سرم الهرة بها واحداث الزحار المتوردي فيها لاثبات طبيعة ذات القصبات التمرورية ومع ذلك فاتي اقرء بدء التمرورات القصبية والرثوي الذي اثبتته مشاهدات باتراتيكيس الى جمعية المستشفيات الطبية في باريس . وان الاطباء لملى حق باستعمال الامتين في ذات القصبات وفي خراجات الرئة التي تستعصي على المعالجات الدوائية ولا يعرف سببها الحقيقي وقد يعجب الطبيب اذ يرى فائدة هذا العلاج القريبة ويتحقق ان مريضه قد شفي بسرعة ولم يكن من امل بشفاؤه . فاستعمال الامتين في البلدان الموبوءة بالزحار واجب في الحالات المشتبه بها .

العلم شوكة الشطي : اتني صادفت في ممارستي الطبية بعضاً من حادثات ذات القصبات او تقيحات الرئة افاد فيها الامتين ومركبات الزرنيخ اجل فائدة ولم تكن طبيعتها زحازية .

العلم حسني سبيح : كان مريض مصاباً بالتهاب القصبات وازدياد وحيدات النواة الدموية واما التقيحات الرئوية فتمتاز عادة بازدياد كثيرات النوى فذات القصبات وازدياد وحيدات النوى تحسناً بالامتين واتني اعتقد ان الامتين كان علاجاً نوعياً في الحادثة التي اوردها .

العلم سويله : اتني على الرغم من كل هذا لا ازال شاكاً في طبيعة ذات القصبات هذه وكان الاخرى بالزميل سبيح ان يسمي مشاهدته « حادث ذات قصبات شفي بالامتين » .

٢- حادثة انفتال السنين الحرقني

للعلیم مآثر روبرو و تیاو

ترجمها العلیم مرشد خاطر

دخل احد الرماة السنغاليين في ليل ٢٣ ايار سنة ١٩٣٧ مستشفى فاريزيه
بدمشق مصاباً باعراض انسداد الامعاء الحاد

ولم تستنج من الاستجواب معلومات تذكر عن سير مرضه لان المريض
لم يراقب نفسه مراقبة دقيقة ولم ير العلامات البدئية التي ظهرت فيه منذ
جباح ذلك اليوم نفسه فقط بحسب افادته ما تستحقه من القيمة . غير انه
بعد ان رأى ألمه ملازماً لا يتبدل وحاله العامة سائرة من سيء الى اسوأ
ابتنشار طينيه فاوله الى المستشفى .

كانت حالته ساعة دخوله سيئة جداً ، نبضه سريع لا يكاد يحس ، ضغطه
الشرياني منخفض ، اطرافه باردة ، آلام بطنه ، التي لم يكن يقرها في مكان
معين بل كانت منتشرة فيه ، مبرحة ، زلته شديدة ، اضطرابه عظيم ، بطنه
شديد التوتر وغير متقبل للقوة عضلات جداره ، الحركات الاستدارية غير
مترسمة تحت الجدار ، جس البطن مؤلم ولم يستطع به اقرار الآفة .

وقد فكرنا في رسم القولون الشعاعي أملاً بمعرفة مقر الآفة غير ان
سوء حالة المريض العامة حالت دون هذه الفحوص التي يستثنى عنها في مثل
هذه الاحوال السيئة

اسعف المريض بالتدفئة ومقويات القلب فلم تحسن حالته الا بمض التحسن
المبلىة : تخدير عام وخفيف بالايثر ، فتح البطن على الخط المتوسط وتحت
 السرة ثم مدد الشق الى ما فوقها بمدئذ ، فظهرت المرى المعوية الدقيقة
 سليمة المنظر وبعد ان ادخلت اليد في المراق اليسرى شعرت بالسین الحرقفي
 المتوتر المتسع فاستخرجته واذا بمجدوانه رقيقة جداً ومتأذية ومتقدمة
 ولونها سنجابي .

فكك الاقتال وخيل ان حالة المريض تحسنت قليلاً بعد فكه فان النبض
 خف اسرعه وقويت نبضاته وكانت الضرورة تقضي بالاسراع فاجري شق
 حرقفي اسر اخرجت منه المروة وثبتت فيه كدفعي البندقية . ثم اغلق شق
 البطن المتوسط طبقة واحدة

غير ان المريض ادركه النزاع حينئذ ولغظ انقاسه الاخيرة بينما كان
 جرحه يضمد.

الناقشة

العلم مرشد خاطر : ان في هذه المشاهدة امرأ غريباً وهو سرعة الاعراض
 فان انسدادات الامعاء السفلى لا تؤذي الحالة العامة ذلك الاذى السريع
 بخلافاً للانسدادات العليا وقد شاهدنا عدداً من اقتتالات السين كانت قد
 مرت على بعض منها سبعة ايام ولم تتأذ الحالة العامة فيها بل نجا المرضى بعد
 التوسط الجراحي ، افلا يظن الزميل مآر روبر ان مريضه قد اصيب
 بالاقتال منذ بضعة ايام وأن المة كان متقطعاً فاحتمله في البدء ثم انه بعد ان
 اصبح ملازماً ومبرحاً منذ صباح ذلك اليوم الذي دخل فيه المستشفى حينئذ

فقط . استشار طبيبه ناسياً آلامه السابقة .

الطبيب مآثر روبلر : هذا ممكن فقد قلت ان المريض لم يراقب نفسه مراقبة دقيقة وقد شككت بدوري في هذه السرعة فرغبت في ان اقف على تاريخ بدء الآلام . في المريض فلم استطع الى ذلك سبيلاً
الطبيب مرشد خاطر : ألم تجد في جوف الصفاق سائلاً ولم كانت كمينته وهل كان تنن الرائحة . وألم تجد انتقاباً في المروة ؟
الطبيب مآثر روبلر : كان في البطن مقدار قليل من السائل وفيه بمض لتنن ولم اجد انتقاباً في المروة .



٣ - هذيان مراقبي حاد مع اهلاس

حسية مشتركة وعرض كوتلر ناتج عن انحباس قطلة معدنية صغيرة في الحلق

الطبيب اسد الحكيم

السيدة ف . ق . من دمشق عمرها ٣٥ سنة . لم تحمل . نحيفة البنية .
عصية المزاج . استطبتني في ١٦ آب سنة ١٩٣٦ لصداع مستمر شقيقي في الجهة اليسرى . اعترأها منذ ثلاثة اشهر ولم تنجح فيه المعالجة . ولدى الفحص وجدت الجلوس في ناحية الجيب الفكي الايسر مؤلماً فطلبت اليها تصوير الفك العلوي الايسر ومراجعة احد اطباء الاسنان . فظهر من الصورة الاشعاعية وتقرير

طبيب الاسنان المداوي ان في الجيب الفكي ظللاً خفيفاً واوراماً حبيبية في جذر اربعة من الاضراس العلوية اليسرى وهي مغلفة حديثاً بالذهب . فأشرت عليها بخلعها . فذهبت ولم تعد الي . ثم في ١٢ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ رجعت الي واعلنتني انها لم تخلع اضراسها انما اكتفى الطبيب المداوي بنزع الذهب عنها ومعالجتها وان صدها خف كثيراً . غير انه عاودها منذ عشرة ايام اشد من ذي قبل مع قلق وضجر وارق وسعال تشنجي وطعم معدني في فمها . وانها اصبحت سيئة الخلق في بيتها منعزلة عن الناس . ولدى الفحص وجد الجس مؤلماً في ناحية الجيب الفكي وشوهد احمرار في افشية الخلق مع ضخامة اللوزتين ولم يشاهد في سائر اعضائها واجهزتها علة . فأشرت عليها بخلع اضراسها . فعملت . غير ان العلامات المرضية لم تتخذ بل ازدادت وتضاعفت بافكار مراقبة واهلاس (hallucinations) حسية مشتركة . فهي تشعر بان غشاء فمها ومعدتها بدأ يتساقط ويخرج مع البصاق بشكل (بشارة بحسب تمييزها) وان كل ما تتناوله من طعام وشراب فيه صدأ . وهي تحاول القيء مرات في اليوم ولا تبتلع لعابها بل تقذف به في منديلها . ثم ازداد بها الحال فاخذت تمتنع عن الطعام وبدأ معها هذيان مراقي تظلي وبعض علامات تناذر كورتار فان اهلهما يبقون تعذيبها . هم يدسون لها السم المعدني بالطعام . ان معدتها قد تنارت . ليس لها معدة . ليس لها معنى . لا حاجة لها بالطعام . سبقي كذلك الى الابد .

استمرت حالتها هذه نحواً من شهرين سالت خلالها صحتها وهزلت رغم كل معالجة . الى ان صادف انها بينما كانت تسعل وتتنخع بشدة قذفت على

متدليها مع ثرات لعابها قطعة معدنية هي التي ترونها الآن . فاحتفظ بها ذووها واطلعوني عليها في الحال فاستبشرت خيراً منها . خلافاً للمريضة فإنها جمعت منها باعثاً لفكرة هذيانة جديدة هي ان حنجرتها تحولت الى معدن مما زاد في سوء حالتها . ولكن لم يمض اسبوع على قذف هذه القطعة حتى بدأ الفوق المعدني يزول وبدأت تفتتح بان هذه القطعة هي ملغم من حشوة احد اضرارها سقطت عرضاً في فمها وانها كانت عالقة في احد فجاج حلقتها واخذت تأكل وتحسن صحتها وبدأ هذيانها يتبدد تدريجاً الى ان زال تماماً في مدة شهر من قذف هذه القطعة ، وقد شاهدها في الاسبوع الماضي بحالة الاعتدال النفساني التام .

تفيدنا هذه المشاهدة ان من الانقصة والهذيانات ما ينشأ عن إثارة ميكانيكية او كيميائية موضعية لاسيما عند المصويين . يزول بزوالها ويزمن اذا لم يساعد الحظ على اكتشافها . وان تناذر كوتار لا يكون دائماً دالاً على الوخامة والازمان .

المنافسة - الطيم زابو : اتني اسأل العليم اسعد الحكيم ان يمين لي بدقة سوابق هذه المريضة النفسية ذلك لان تناذر كوتار لا يعادف في الهرع (hystérie) واتني اظن ان هذه المريضة كانت قبل ابتلاعها لذلك الجسم الغريب المعدني مصابة بداء المراق (hypocondrie) وذات اعتماد لدهاء السوداء (mélancolie) ولست مقتنعاً ايضاً بشفاء هذه المريضة الثابت ذلك لان تناذر كوتار قد صودف فيها .

العليم اسعد الحكيم : اتني اعلم ان تناذر كوتار قادر ان لم اقل مفقود في

الهرع . فهو يصادف في داء المراق والشلل العام والمته الباكر حيث يكون دليلاً على ازمان المرض وخطر الانذار غير انه كان في حادثتنا مخالفاً لمادته



٤ - بحث تشريحي مرضي في تناذر لثوبرج

للعلاء ترايو ، وشوكت الشطي وجال الدين الفحام

تذكرون ايها السادة حادث تناذر لثوبرج الذي قدمه احدنا الى جميعكم الموقرة منذ عهد قريب . ذلك الحادث الذي اصطبغ بداء هودغسون وبورم كبير مستقر في اعماق الحوض . كانت هذه المشاهدة داعية الى نقاش شديد وفي ذلك ما يدل على فائدتها وجدارتها بالبحث . وبما اننا قد انهينا فحوص القطع التشريحية المأخوذة من المتوفى جثا بهذا البحث نوافيكم فيه بالتأنيح التي حصلنا عليها .

الفحص التشريحي :

القلب ضخيم وزن ٦٧٥ غراماً فوهتا قسمه الايسر محكمتا الانغلاق اما فوهة الشريان الرئوي والقوهة الاذنية البطينية اليمنى فتستمان ولذلك كان اختبار الماء فيهما ايجابياً ويشاهد في وسط المصاريع الوتينية السنية تنبتات ليفينية وتصادف في المصاريع الاذنية البطينية اليمنى واليسرى اندخالات قاسية .

الورود الوتين غير متسع، في الشريان الرئوي بعض اندخالات قاسية، الشرايين (المضدي والزندي والكمبري) قاسية في الطرفين، تفرقع بضخط الاصابع، فيها اندخالات كلسية، هجومها لم تتبدل، لماتها ما زالت مفتوحة ولكنها ضيقة، الاوردة المرافقة للشرايين المذكورة صلبة.

شرايين الطرفين السفليين: الشريانان الفخذيان متكلسان منذ نشأتهما في مثلث سكاربا حتى آخرهما. وتبدو في الشريان الأيمن خثرة كاملة تصادف في الثلث العلوي من الفخذ وتشاهد في الشريان القضي خثرة تسده حتى قسم القصبة العلوي سداً كاملاً. اما اوردة الطرفين السفليين المرافقة للشرايين فانها قاسية لدى الجس والقسطع، لماتها ولكنها ضيقة.

الرئتان - ليس فيها عدا الر كود الدموي ما يستحق الذكر

المعدة والامعاء طبيعية، الكبد ضخمة ولكن شكلها الخارجي وقوامها طبيعاني، المشككة قاسية يشعر بصلابتها حين جسيها او قطعها بالسكين.

الكليتان: تزن كل منهما ٢١٥ غراماً، تقشيرها سهل الا في بعض الانحاء العنيرة حيث تبدو الحفظة اللينة ملتصقة باللحمة. لا يدل مظهر مقطعيها على آفة.

الوَرَمُ الحَوَاضِي: ورم كروي يبادل قطره القطر الكبير في رأس جنين اي ١٥ سنتيمتراً تقريباً وهو مدفون بين المساريقا والصفاق يلتصق بهما في اما كن عديدة. ويلتصق ايضاً بالقسم السفلي من الوتين البطني وبالوريد الاجوف البطني خاصة في ناحية تفرعها. ويتضح من مقطع الورم ان جداره غليظ يبلغ سبعة سنتيمترات وان حلقة دموية كبيرة الحجم تشغل جوفه اما

الجدار فاحر في بعض الارزاء وقاس صدفي في الارزاء الاخرى

الفحص النسيجي :

الشرابين : الزنديان والكمبريان وغيرهما من الشرايين المحيطية مازالت مفتوحة اللغات غير ان حدودها غير منتظمة ومموجة وذلك بسبب ضخامة باطن الشرايين ونثوه في بعض اقسام اللمة ، المحددة الباطنة مضطحة الا في بعض قواعد التنبات الباطنة ، في باطن اكثر الشرايين المحيطية استحال زجاجة فيها خلايا كروية تجعلها شبيهة بالنسيج الغضروفي الزجاجي الآخذ بالتعظم وقد طرد القطع بعض محتوياتها فجعلها افضية جوفاً . ان حادث تعظم الشرايين هذا نادر لم يصفه الارونه ماري

القميص المتوسط : تكاثر فيه النسيج الليفي فعل عمل النسيج المضلي وضموره وقد استولت الزجاجية على بعض اقسامه فجزئتها

القميص الخارجى : عروق المروق فيه متكثفة ومتليفة . لماتها ضيقة ان ان هذه الآفات تكاد تكون متشابهة في جميع الشرايين المحيطية اما الاوردة المرافقة فهي متكثفة الجدران متليفة لماتها تهودة ولكنها ضيقة .

الطحال : في بعض اقسام له انسكايات دموية ، شريينات اجسامه المليغية متليفة الجدران ، لماتها تهودة ولكنها ضيقة

الكبد : فيها علامات التهاب ملحي ، محتقة وفي بعض اجزائها عقيدات انتانية وارتشاحات من كريات بيض

المشكة : في عروقتها تصلبات ليفية كما في عروق الطحال

الكليتان : في عروقها أيضاً آفات كالآفات التي رأيناها في الطحال والمشكلة

الورم : جداره مركب من تطابق طبقات ليفية تحبس بين أجزائها بعض عناصر الدم المعصورة

تلك هي الآفات التشريحية والنسجية التي رأيناها فالورم ورم دموي لاشك فيه على أننا لم نستطع كشف نقطة الاتصال بينه وبين الوتين البطني أو فروعه الحوضية . ولم تثبت إصابة مريضنا بالافرنجي لأن سوابقه والفحص المصلي قد نفا ذلك . كما أننا لم نشاهد في الجثة آفات افرنجية ناتجة كالصمغ وما شاكلها على أننا لا ننكر أن الافرنجي قد يحدث التهابات ناتجة بسادة في الشرايين . إن انتشار آفات المروق في الجمل المحيطية وفي أكثر الأعضاء المحشوية واندداد الطرفين السفليين بالخرات لها يناسب التآذر السريري الناتج عن التهاب المروق الحثري الساد

أما صفائح الاستحالة الزجاجية التي تكتف بعض الخلايا الكروية التي شوهدت في أكثر أقسام الجدر الشريانية فإنها تذكرنا بحادثة التمعظم ونجمل مشاهدتنا هذه حادثة طريفة نادرة لم يأت على ذكرها المؤلفون في كتبهم الدراسية وربما كان ورنه ماري . العالم الوحيد الذي أتى على ذكرها ، أما تصنيف هذا التآذر فأتانا لا نستطيع حشره في ذمرة معينة

الناقطة — العلم حسني سيح : إن تحقق أم الدم بالفحص التشريحي المرضي وتآذر هو غسول بالمعانة السريرية يثبتان ما ذهب إليه على الرغم من خلو سوابق المريض من الداء الافرنجي . وسلية ارتكاس واسرمان فيه

واعني بذلك ان المريض كان مصاباً بالتهاب المروق الحثري الساد الافرنجي
اضف الى ذلك ان تناذر لثورجه تناذر فتوي والمريض المحكي في
عقده الخامس .

العلم ترايو : ان من يقول تناذر يقول مجموعة اعراض يستطاع حدوثها
باسباب مختلفة ولست انكر ان الداء الافرنجي هو احد هذه الاسباب فان
ام الدم وتناذر هو دغسون قد يكونان تظاهرات لداء افرنجي كامن مجهول لم
يكشفه المخبر ولكن ما من ينكر ان تناذر لثورجه قد وصف في مرضى
غير افرنجيين كما ان هذا التناذر قد يحدث في يثة افرنجية ولا يكون الداء
الافرنجي سببه المقصود . والمعاية الجهرية في حادثتنا قد قت الداء الافرنجي
المجهري اضف الى ذلك ان الشرايين المتوسطة القطر قد بدت فيها تبدلات
غضروفية والداء الافرنجي لا يحدث مثل هذه اما السن فليست على ما اعتقد
سياً كافياً لنفي مرض والسريبات تقدم لنا في كل يوم مشاهدات مؤيدة
لما اقول . ولعل لثورجه نفسه لو صادف حادثات كحادثتنا هذه لكان عرف
ان ليس هناك داء يسمى داء لثورجه بل تناذراً تحدثه اسباب مختلفة .

٥ - اكياس بطن مائتة

للعلمين مآر روبر و تياو

ترجها الطيم مرشد خاطر

ان المدعو: ف . وعمره ثلاثون سنة لم يفادر قط الجبل الدرزي مسقط رأسه وكان يتمتع كل هذه المدة بصحة حسنة غير انه منذ زمن قصير لاحظ ان بطنه يزداد حجماً فاستشار طبيباً فارساً الى مستشفى دمشق .

كشفت المائنة ورماً بحجم رأس الطفل في المراق اليسرى مستبطناً للصفاق شديد التحرك مستقراً في اليسار ولكن يستطيع دفعه حتى الى يمين الحط المتوسط . وهذا الورم اخرس بالقرع ومتى قرع قرعاً خفيفاً ارتعش ارتعاشاً واضحاً . وقد شخص كيساً مائياً في رباط القولون .

وقد جس في المراق اليمنى ورم آخر ثابت متصل خرسه بخرس الكبد واقع تحت هذا المصو وغير مرتعش وقد شككنا بعض الشك في طبيعته كما اتنا لم نهزم في مقره ومجاوراته التشريحية استناداً الى المائنة السريرية فقط وكان تفاصل كازوني سليماً ومحبات الحامض ستاً فقط فقررتا فتح البطن بلا ابطاء وقد اجرينا العملية في ٧ حزيران. خدر المريض تخديراً عاماً بالايثر وشق البطن على الحط المتوسط فوق السرة ثم مدد الشق قليلاً تحتها فكان استخراج الكيس الايسر سهلاً وقد وجدناه كما ظننا قبل فتح البطن في ملء رباط القولون عند الزاوية اليسرى . وعثرنا على سطح تفريق خالٍ

من المروق فاتبناه وتمكنا به من استخراج الكيس قطعة واحدة بدون ان يثقب وهو الكيس الذي ترونه .

اما الكيس الآخر فلم نستطع الوصول اليه بسهولة بل اضطررنا الى صنع شق آخر جانبي في اليمين . وقد ادر كتنا منذ وقوع نظرنا عليه ان استخراجة قطعة واحدة مستحيل لاتصاقاته الكثيفة والمتسمة بالقولون المعترض ولا سيما بفص الكبد اليمين الذي كان ملتصقاً به التصاقاً وثيقاً .

فبعد ان فرملنا (formolage) جيب الكيس ووقينا الصفاق جيداً برفادات صغيرة مفرمة جربنا افراغه بالمبزل غير ان كثرة الاكياس الالبنة اضطررنا الى فتح الكيس وافراغه بالمعلقة وقد تحققنا في سياق عملنا هذا ان الكيس لم يكن ملتصقاً بالكبد فحسب بل ان له استطلاة . كانت مستبطنة للكبد وغائرة بعيداً فيها . فوخف (marsupialiser) الكيس في هذا القسم الوحشي من الشق المنحني وخط الجدار طبقة واحدة بشعر فلورنسة وحالة هذا المريض الذي بضع امس صباحاً حسنة جداً الآن .

وقد دل الرسم الشعاعي ان المنصف شديد الاتساع فلمل فيه كيساً آخر غير اثنا والمريض لم يمر عليه في شبعنا اكثر من يومين لم نستطع اثبات هذا الامر ولملنا نعود اليه في جلسة مقبلة .



الاطباء في صدر الاسلام

للطبيب سمدي التميمي رئيس جمعية الاطباء الوطنيين بجنيف

نحدث الآن عن الاطباء في صدر الاسلام وقد كانت العرب لا تزال حديثة العهد بالحياة المدنية وكانت لا تعنى بشيء من العلم الا بلفتها ومعرفة احكام شريعتها وبصناعة الطب التي كانت محترمة عند جواهرهم ذلك لان الناس بحاجة اليها ولان عندهم عن النبي (صلم) في البحث عليها حيث يقول يا عباد الله تداووا فان الله عز وجل لم يضع داء الا وضع له دواء الا واحداً وهو الهرم . وقد عني في الدولة الاموية بالطب بعض عناية لان الناس في حاجة مادية اليه ولانه ابد العلوم الاجنبية عن ان يؤثر في الدين ولذلك كانت للاطباء منزلة محترمة عند الجميع وظل الطب اجنبياً طيلة ايام الخلفاء الراشدين فكان افراد من العرب مسلمين او نصارى يشدون الرحال الى المراكز الطبية الاجنبية لتعلم صناعة الطب وقد كانت محاولة الترجمة في العهد الاموي محاولات فردية تموت بموت الافراد القائمين بها بخلاف الدولة العباسية حيث كان للترجمة مدرسة كبيرة لا يضيرها موت فرد او افراد منها

قلت كان بعض العرب يذهبون الى الديار الاجنبية فيختلطون بالامم المجاورة لهم والمحيطه بهم من اهل الحضارات السابقة وهم الفرس واليونان والهند وكان النهل الرئيسي الذي استقوا منه صناعة الطب مدرسة جنديسابور وهي مدينة في خورستان من اعمال فارس اسسها سابور الاول واتخذها

موطناً لأشرى الروم واسس فيها كسرى انوشروان مدرسة الطب المشهورة والحق بها بيارستاناً وكان اول من علم الطب فيها اطباء من الروم فنشأ على ايديهم اطباء من اهل تلك الديار ومن تنلمذ عليهم الحارث بن كلدة الثقي من الطائف طيب العرب تعلم قيل الاسلام وعالج بقارس وطبيب بعض اجلاء القرس وقد شهد ايام الرسول والخلفاء الراشدين ومعاوية وكان يوصي بالحلية كثيراً وكان جرياً فخوراً بعروته وكان فصيحاً وذكياً وقد جاء هو وزميله ابن ابي رمية التيمي في مقدمة القافلة المثقفة الاولى من العرب في صدر الاسلام والتيمي هذا كان خبيراً بالجراحة ويد اول جراح متعلم في وقته ويقال انه طلب يوماً الى النبي العربي الكريم (صلم) ان يربحه من ورم جلدي كان بين كتفيه .

وكان للحارث ولد هو النصر بن الحارث وقد رحل الى موطن العلم ورجع منها طبيباً وكانت امه خالة النبي (صلم) ولكنه كان مشايحاً لابن سفيان ضد ابن خالته فانتقم في خضم الحزبية ووقف في واقعة بدر يحارب مع المشركين فأسره المسلمون ثم قتلوه ولذلك لم يعلم عنه انه اشتغل كثيراً في المهنة الشريفة التي تب في سبلها وكان للخليفة الاموي معاوية بن ابي سفيان طيب خاص نصراني يدعى ابن اثال وهو دمشقي المولد وكان على جانب كبير من الخبرة في مفردات الطب والسموم وكان لمعاوية صيدلي ماهر هو ابو الحكم النصراني وابنة الحكم كان طبيباً ماهراً يفوق اباه بالذكاء . ونشأ في دمشق على عهد الحجاج صيدلي طيب ذو شهرة عظيمة وقد توفي سنة ٩٠ هجرية له كتاب طريف يصف فيه الادوية وكيفية دقها ومزجها

واذا بها وهذا الطبيب كان خبيراً مدققاً ويمد اول من تنبأ بعمل الافرازات الداخلية للعدد في الجسم وروى عنه في هذا الصدد انه شهد مقتل احد الخارجين على الحجاج وقد سال من القتل دم غزير فطلب اليه الحجاج تحليل ذلك فقال له ان الرجل لم يكن خائفاً قبل مقتله بل كان يحاربك بمحنا ثابت وبدون ادنى خوف وعند فقد الحوف تنعدم الاخلاط التي تقبض اوعية الدم ولذلك ترف منه الدم بكثرة وهذا تحليل علمي ذو قيمة فنية عظيمة .

ولم يقف الجنس الطيف في هذا الدور غريباً عن الحركة العلمية بل ذكر لنا التاريخ ان بني اود انجبوا فتاة تدعى زينب كانت عظيمة الخبرة بالملاج وامراض العين والجراحة ونذكر ايضاً طبيب الخليفة الصالح عمر بن عبدالعزيز عبد الملك بن بجر الكنتاني وقد كان استاذاً في مدرسة الاسكندرية ثم لازم الخليفة واسلم على يديه وكان ذاباع طويل في الطب والملاج .

وطاطأت الارستقراطية رأسها اجلالاً للعلم في هذا الدور اذ رأينا اميراً من امراء البيت المالك هو خالد بن يزيد بن معاوية بن ابي سفيان ينصرف الى العلم فيتلقى الطب عن يحيى النحوي والكيميائ عن مريانس الرومي فينبغ نبوغاً كبيراً ويؤلف الكتب القيمة فيهما .

واخيراً يلذ لي ان اذكر طبيباً عظيماً جاء في هذا الدور فنثر تعاليمه الصعبة عنفاً دون ان يدعي الطب لانه لم يتلقه عن احد ولم يقرأ عن كتاب لانه كان امياً ولكن هذا الاثم لم يذكر كلمة واحدة في الطب الا ظلت حتى اليوم صحيحة غير منقوضة اسموه وهو يعلم رجاله المبادئ الطبية — المعدة يت

الداء والحمية رأس كل دواء واصل كل داء البردة - انظروا كم كان
يومي بالاسنان ويكثر من الحث على السواك ثم هل تستطيع ان تأتي بحكيم
اوصى بالنظافة بقدر ما اوصى هذا الطيب هل يستطيع المسلم ان يؤدي
العلاة قبل ان يستنعم وان يتوضأ . والعلاة ليست مرة واحدة في
في اليوم بل خمس مرات .

كان يقول كما يقول القن اليوم للوالدة المرضع ، ان خير ما ينفع الرضيع
لبن امه فلبن المرضع فلبن البقر وله تعاليم ثمينة في حفظ صحة النسل والوالد
والوالدة وله نظرات قيمة في الماء كل والمشراب وكان يومي بالاقبال
من الاكل وينهي عن تنويمه ويومي بالصوم وكان هذا الحكيم خبيراً
بالفيتامينات وهي المواد المفيدة في الاطعمة والتي لم يكتشفها العلم الحديث
الا في القرن العشرين اسمع ماذا قال عن الحلبة وهي التي ثبت انها من
اغني المواد بالفيتامين لو تعلمون ما في الحلبة لاشتريتموها بوزنها ذهباً وقد
اوصى بالمسح والزيب كثيراً وكلاهما معروف بخواصه المغذية الثمينة .

وهل تعجب اذا تسمع هذا الطيب الأثمي يضع لك انظمة الكورتيكات
ومبادئ الوقاية من الامراض السارية في كلتين - فندما سئل عن الطاعون
قال (اذا سمعتم به بارض فلا تدخلوا عليه واذا وقع بارض وانتم بها فلا
تخرجوا فراراً منه)

يقول لك العلم الحديث عند التمتع في وصف المريض بداء الجدام ان
وجهه يأخذ شكلاً جامداً في خطوطه فيشبه وجه الاسد اعتقد ان القن
قد تنلح على طيبنا الأثمي يوم قال قبل ثلاثة عشر قرناً . فر من الهذوم

كما تفر من الاسد ولم يتقي الاسد صفواً بل لانه رأى بعين بصيرته ان
الاسد يعير جمود وجهه الى المجدوم المسكين .

يعلم كثير من القراء ان الفن الطبي الحديث يستعين بالماء البارد ضد
الحميات وخصوصاً في الحمى التيفية حتى ان بعض المستشفيات الباريسية
تقتصر على استعمال الماء البارد في مداواة الحمومين..

. فليسمح لي بان اقول ان طيننا هذا هو اول من دعا الى هذه الطريقة
الناجحة في الدواء ان هذا الحكيم هو ملء الايمان والقلوب هو الذي
نستمد القوة من روحه في وثقتنا الراهنة هو النبي محمد بن عبدالله
صلوا عليه وسلموا تسليماً



صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

٢٠

ترجمها سليم أنور هاشم

وفي الحقيقة ان وفرة الحوادث في بعض الأتواء تبدو متعلقة قبل كل شيء بازدياد السكان فلنا نستطيع ان نقبس نتيجة مفيدة من هذا الاستقراء. فيجب للمقابلة المفيدة ان ننظر بين الاعتبار الى عدد السكان فقد صنفنا فيما قبل شوارع البلدة بحسب عرضها وبحسب عمقها اذا كانت هناك علاقة بين هذا المرض ووفرة الوفيات والولادات. وان الجداول الآتية تسجل لنا الاعداد التي وصلنا اليها.

عدد الولادات	عدد الوفيات بالسل	السكان	عدد الشوارع	عرض الشوارع
١٣٢	٢١٠	٧٨٣١	٥٧	(٥) امتار
١٧٨٤	١٨٤٢	٧٩٩٧٨	٢٣٣	أكثر من (٥) امتار وأقل من (١٠)
٢٢٠٢	٢٣٠٤	١٠٣٥٨٩	١٥٧٠	(١٠) امتار
٣٤٢٠	٣٤٩٠	١٤٨٤٩١	١٧٩	أكثر من (١٠) امتار وأقل من (١٥)
١٢١٦	١٠٢٦	٤٩٢٣٢	٣٦	من (١٥) متراً الى (٢٠)
٥٦٢	٤٧٨	٢٩١٦٨	٢١	أكثر من (٢٠) متراً
٣٨٠	٣٧٠	٢٠٠٥٧	٢١	ارصفة
٢٨٤	٢٨٠	١٥٦٧٠	٥٨	ساحات
١٠٠٠٠	١٠٠٠٠	٤٥٤٤٧٦		المجموع

التوزيع لمائة ألف من السكان

نسبة الولادات في ١,٠٠٠ من السكان	نسبة الوفيات بالسل في ١,٠٠٠ من السكان	عرض الشوارع
١٩,٤	٢٦,٨	حتى عرض ٥ امتار
٢٢,٣	٢٣	أكثر من (٥) امتار وأقل من (١٠)
٢١,٢	٢٢	(١٠) امتار
٢٢,٩	٢٣,٥	أكثر من (١٠) امتار وأقل من (١٥)
٢٤,٦	٢٠,٨	من (١٥) متراً إلى (٢٠)
١٩,٢	١٦,٣	قوى (٢٠) متراً
١٨,٩	١٨,٤	أرصعة
١٨	١٧,٨	ساحات

من الصعب الحصول على نتائج واضحة من هذه الاحصاءات التي قننا بها . اذا نظرنا الى الشوارع التي يقل عرضها عن خمسة امتار وجدنا نسبة الوفيات بالسل أكثر من عددها في الشوارع الاكثر عرضاً ولكن من عرض خمسة امتار الى خمسة عشر متراً لا تتبدل نسبة الوفيات ثم انها تتناقص في الطرق الاكثر اتساعاً . والارصفة والساحات

اما فيما يتعلق بالولادات فبلغت نظراً للتقارب بين عددها وعدد الوفيات بالسل . ولكن فرقاً واحداً يجب ذكره عن الشوارع الاكثر ضيقاً حيث نسبة الولادات صغيرة . اما في بقية الطرق فان التوافق مشهود بين توزيع

الولادات والوفيات . وان عدم التوافق نظراً الى الطرق التي يقل عرضها عن خمسة امتار لا يوجد الا في عدد ضئيل جداً من الحوادث اذ في عشرة آلاف وفاة بالسل لا نجد الا مائتين وعشر وفيات حدثت في الطرق الضيقة وفي عشرة آلاف ولادة لا نجد الا مائة واثنين وخمسين ولادة حدثت في هذه الطرق نهـ . ان توزيع الوفيات في هذه الطرق الضيقة لا تتبع نظاماً ما كتوزيع الولادات . ففي سبعة وخمسين شارعاً من هذه الزمرة نعد اربعة عشر شارعاً لم تحدث فيها حادثة وفاة بالسل مدة ثماني سنوات تلك المدة التي لا يتجاوزها احصاؤها . ولا يتجاوز نسبة الوفيات بالسل في اغلب هذه الشوارع الحد الوسطي للوفيات في الطرق الاكثر اتساعاً الا قليلاً وهكذا فان في تسعة شوارع عرضها الاعظم خمسة امتار وفيها مالا يقل عن مائتين وخمسين مسكناً عدوا مائة وتسع وفيات في (٢٢٤٨) اي (٢٥) في الالف في مدة ثماني سنوات . اما فيما يتعلق بالحارات فاننا لم نجد الوضوح نفسه الذي وجدته جيلره فان مجموعات من المساكن يكون فيها المرض مميتاً . والملاحظة الوحيدة التي يمكن تقديمها من هذه الوجهة تتعلق بيوت فيها غرف مؤثثة . وبمساكن ايجارها زهيد جداً .

ومن المعلوم ان الاشخاص الذين قلت قدرتهم على العمل لا يستطيعون السكنى الا في بيوت رخيصة الاجور . ففي هذه الزمرة من البؤساء نجد كثيراً من المسولين الذين يعيشون سنوات طويلة عيشة بأسة ولا يستطيعون ان يسكنوا منزلاً ملائماً . فليست المنازل الوضيعة التي توجد للمسولين بل هي التي تدعو اليها البسول الذي لا تكفي موارده للسكنى في بيت ملائم .

وكثيراً ما ترى المال المسؤولين لا يجدون مأوى الا في هذه الغرف الوضيعة والا كواخ الحظيرة المناسبة لحالة اكياسهم . فليس باستغرب ان نجدهم فيها دون غيرها

: فهذا هو تحليل الملاحظة التي قدمها خيلز، وهي ان حذف المنازل الوضيعة من حارات معروفة في مدينة مالم يثمر ثمرة طيبة في تقليل السل المجتاح لهذه المنازل . وللتسبب نفسه كان الموت بالسل مزداداً في الطرق الضيقة حيث يجد البؤساء مأوى اقل كلفة . فلنوجز ما نلناه عن هذه المسألة طبقاً للاعتبارات السابقة :

(١) ان الشروط الصحية في المساكن لا يبدو لها تأثير في الموت بالسل فالصدقة وحدها هي التي تتدخل في تعيين وفرة الوفيات في كل منزل .
 (٢) ان البيوت التي تكثر فيها الوفيات بالسل تختلف نسبة الوفيات فيها باختلاف الزمن ولو لم يطرأ اقل تبديل في حالة هذه البيوت الصحية .
 (٣) ان البيوت التي اجبرتها الضيقة او غم من غيرها ليست المساكن التي بلغت نسبة الوفيات فيها الحد الاعظم .

(٤) وعلى العكس من ذلك فان البيوت التي اجتاحتها السل اكثر من غيرها لا يقل توفر الشروط الصحية فيها عن غيرها بل ان بعضها مستكمل لهذه الشروط .

(٥) ان المنازل التي تكثر فيها الوفيات بالسل هي المنازل الرخيصة الاجرة والغرف الكائنة في الطابق السفلي والا كواخ التي يلجأ اليها البؤساء المسلولون اكثر من غيرهم من الطبقات الرفيعة في المجتمع .

فاذا ما اعتدنا بهذه المعلومات التي اقتبسناها ومحصناها بدون اقل تحيز. قلنا ان انتشار السل لا يتعلق بالنازل الوضعية في حال من الاحوال .

ح - صحة المسكن في تطور السل الرئوي

لم تنسب الى المساكن الوضعية جريمة العدوى فحسب بل نسب اليها ايضاً عدم ملائمة بعض الشروط كالهواء والافارة وغيرها ولهذه الامور شأنها في مداواة السل . فاذا كانت لمعالجة الآفات السلية بالاشعاع وبالحياة في الارياض والتعرض لنور الشمس تأثير حسن في صحة الانسان لكونها تنشط تطوره ووظائفه الحيوية فان تأثير هذه المنازل الوضعية التي حرمت هذه الشروط في اعادة السل اشد استفعالاً لا تنكر غير انها ليست وحدها سبب هذه الوخامة على ما نرى فان هناك سبباً آخر أجل شأناً من مسألة المنازل الوضعية وهو المعالجة الحسنة . فاذا ما اصاب شخص بأفة سلية موضعية (داء بوت . الورم الابيض . الوردك الخ) كفى في اغلب الاوقات تثبيت الناحية المريضة لوقف سير الآفة وشفائها ايضاً .

ان كل عضو مأوف أياً كان يجب ان يخلد الى الراحة ليكافح الآفة . التي اصاب بها . وان آفات الرئة في السلولين لا تخرج عن هذه القاعدة التي اقر بها المتخصصون بامراض السل . فاذا ازيد انقاص سعة الحركات التنفسية وتواترها فان اول واسطة واسهلها هي ان نضع المريض في جالة الراحة . ولكن هل نبقي في هذه الحالة على اتفاق مع المبدأ الذي نجري عليه من ارسال السلولين الى الاماكن المرتفعة والاشارة عليهم بفتح النوافذ؟

فما لا شك فيه ان المريض حفظاً لحرارته المركزية في حالة طبيعية يحتاج الى تسريع تنفسه وجعله عميقاً كلما انخفض الضغط الجوي والحرارة فان في الجو في الاماكن جميعها النسب نفسها من مولد الحموضة ومن الغازات العاطلة، ومولد الحموضة فيه كثير . فليس لاختلاف تركيب الهواء باختلاف الاماكن تأثير يذكر . فببرراً لاختيار الاماكن العالية القليلة الملائمة لحقة ضغط الهواء والبرودة فيها يقال ان نقاء الهواء يفعل فعله الحسن ولكن علينا ألا نقبل هذا التحليل قبل ان تقدم البراهين الدامغة عليه بالملاحظات الكثيرة ان القول بفائدة الاماكن المرتفعة وفتح النوافذ لا يستند الى برهان صريح فانتا ترى في وسط المدن الكثيرة الازدحام مستشفيات تفتح فيها معالجة المسولين نجاحاً معادلاً لنجاح المستشفيات المؤسسة في الاماكن المرتفعة مع ان الشروط مختلفة جد الاختلاف في كلتا الحالتين فملينا ألا نسرع في الحكم قبل وضوح الامر . ومن جهة اخرى فانتا نشاهد تحسناً بل شفاة ظاهراً في المسولين الذين اتموا نصابهم العامة فواظبوا على الاستراحة في السرير اشهرأ كاملة في اكواعهم المغلقة الابواب والنوافذ وخالفوا ما تفرضه عليهم المداواة العصرية كل المحافظة .

ومن المعلوم اننا لا نطلق على هذه الحوادث قيمة كبيرة لانها فريدة في بابها لم تقارن بغيرها ولم يدقق فيها تدقيقاً كافياً . ولكنتا لا نشك في امكان حدوث هذه الحوادث .

وانتا بعد ان اتبعنا سير السل الرئوي منذ اعوام طوال في آلاف المرضى الذين كانوا يأتون مستوصفنا استجبنا من المشاهدات التي رأيناها ورآها

مساعدونا هذه القاعدة وهي ان الراحة النفسية تلعب دوراً عظيماً في سير المرض فنظام المصححات الذي يجبر المرضى على الراحة خير وسيلة لوقف سير المرض ومنع استفحاله وهذا النظام يستطيع اتباعه في كل مكان . وعلى المكس من ذلك لا يمكننا ان نعرف ما هي قيمة الاماكن المرتفعة وعادة ابقاء اثوابه مفتوحة ولا يستطيع احد في الوقت الحاضر ان يوضح لنا هذه المبادئ التي يحيط بها شيء من الشك لاسباب نظرية ذكرناها . وكل ما يكتب في هذا الموضوع خيال بحيال ما زالت التجارب الدقيقة المثبتة لم تحققه حتى الآن .

اتنا نعرض هذه المحفوظات المختلفة لانظار الاخصائيين بالسل مع الرجاء منهم بان يحققوا في معتقداتهم الدراسية بشيء من الاختبارات الشخصية . وكما نتمنى ان يشرحوا لنا هذه المتناقضات التي ذكرناها فيما سبق . فقبل ان تنفق الاموال الطائلة في بناء مستشفيات لا تقوم على مبادئ اكيدة يجدر بنا ان ندرس درساً مجرداً هذه القضية المويعة ؟ وان نعين ما لهذه العوامل المختلفة التي ذكرناها من التأثير الحقيقي .

(ط) طرز التأثيرات السيئة للنازل الوضعية

اذا كانت ابحاثنا لم تظهر ما للشروط الصحية التي لم تتوفر في المنازل من التأثير في انتشار السل فلا نستطيع نكران هذا التأثير بتاتاً ولكنها تتلشى امام العوامل الاخرى الاكبر شأناً وتوافق نتيجة ابحاثنا ما قلناه عن انتشار السل بطريقة الوراثة وما اتينا عليه ببراهين عديدة ولا يستتبع من بحثنا ان

اهمال هذه المساكن الوضيعة جائز لانها ان لم يكن تأثيرها يئناً في انتشار السل فهو صريح في انتشار الامراض السارية وهي شديدة الضرر من الوجتين الاجتماعية والاخلاقية . ولندكر ما في تلاصق تلك الاكواخ من الضرر الاجتماعي الصريح وما كتبه ادما مرتين في هذا الشأن .

« ان الخدم رجالات ونساء وقد اصبحوا بعيدين عن كل رقابة في تلك المنازل يخلعون عنهم رداء الحياء الذي تظاهروا بارتدائه وهم في اشغالهم ويمثلون وهم عراة مشاهد يندى لها جبين الطهارة » .

وينطق جول سيمون بهذه الجملة التي لا شك في حقيقتها : « ان المنازل الخفية اخوات الحانات » ولهذا السبب نقول اخيراً انها من اكبر دواعي الانسجام الكحولي ومن اشد المعاول في هدم الاسرة . فاذا ما دخل العامل منزله الضيق المظلم تقض عنه يؤسه وراح يبحث عن رفاهية لا يجدها في داره . فجذبه الخانة ذات المظهر الخلاب الكاذب وذهب يطلب السلوى في شرب الراح ملتذاً بما تحدثه في جسده من التنبهات . فيضيع قسماً مما كسبه في يومه بينما امرأته رغبة في اصلاح ما افسده زوجها تتعاطى عملاً يضنيها وتهمل العناية بمنزلها واطفالها لكي تنفرغ لعل اضافي لا يجديها الا قليلاً من الدريهمات التي تسد بها رمق العيلة . وكثيرات هن اللواتي يرمين اليأس والرغبة في نسيان آلامهن في حمأة الاشربة الكحولية او تجرهن الوعود الخلابية الى الدعارة .

فلنتصور حالة اطفال ينشأون في هذه البيئة الخالية من الاخلاق والمملوءة من الباغض مع القدوة السيئة التي يرونها ممثلة في آبائهم . ان تأثير حالة

المنازل الوضيعة في المجتمع يدعو الى الأسف . ولقد كتب العليم دومنيل :
 « على الانسان ان يكون بطلاً ليستطيع التخلص من فساد المجتمع الانساني متى
 عاش في مثل هذه المنازل » . وهذه الاستمارة قد تجلت فيها حقيقة ناصعة .
 ولقد وجهنا الانظار الى هذه الناحية مع انها بعيدة عن موضوعنا لنعلم اننا
 اذا لم نحارب المنازل الوضيعة وقاية من السل فيجب ان نحاربها لاعتبارات
 اخرى . وان وظيفتها اذا لم تكن عظيمة في الوقاية من الامراض السارية
 فانها عظيمة من الوجهة الانسانية والعيلية والاجتماعية وتتلخص في الاستشهاد
 الآتي الذي تنقله عن بلانكي الذي يجدر ان نختتم بكلامه موضوعنا :
 « لقد درست بمخشوع ديني عيلات الممال وعيشتها الخاصة وبعثتني ان
 اؤكد بان وخامة المنزل هي المصدر الاول لجميع التماسات وسائر المصائب
 في حالتهم الاجتماعية فليس هناك اصلاح يستعقب اكثر من هذا اتباع اصدقاء
 الانسانية واخلاصهم » .



الشباب والاشباب

٣

في

الهمرين من العرب وطرف من اقباطهم

للطيم شوكة النطبي

٦ — دريد بن الصلة الجشمي

عاش نحواً من مائتي سنة حتى سقط حاجباه على عينيه قال :
 فان يك رأسي كالشامة تسله يطيف بي الوالدان احذب كالقرد
 رهينة فمر البيت كل عشية كاتي ارقبي أو اصوب في المهد
 فن بعد فضل من شباب وقوة وشعر اثبت حالك اللون مسود
 ولما كبر اراد اهله ان يحبسوه فقالوا انا حابسوك وما نموك من كلام
 الناس فقد خشيتنا ان نخلط فيروي ذلك الناس علينا ويرون منك علينا عاراً
 قال أوقد خشيت ذلك مني قالوا نعم قال فانحروا جزوراً واصنعوا طعاماً
 واجمعوا الي قومي حتى احدث اليهم عهداً فحروا جزوراً وعملوا طعاماً
 فلبس ثياباً حسناً وجلس لقومه حتى اذا فرغوا من طعامهم قال اسمعوا مني
 فاني ارى امرى بعد اليوم صائراً لغيري وقد زعم اهلي انهم قد خافوا علي
 الوهم وانا اليوم خير بصير ان النصيحة لا تهجم على القضيحة اما اول
 ما انها كم عنه فانها كم عن عاربة الملوك فانهم كالسيل بالليل لا تدري كيف

تأتيه ولا من اين يأتيك ولا تحقرن شراً فان قليله كثير واستكثروا من
 الخير فان زهيدة كبير، اجملوا السلام بحياة ينسكم وبين الناس ومن خرق
 ستركم فارقه ومن حاربكم فلا تغفلوه وروا منه ما يرى منكم واجملوا عليه
 حدكم كله ومن أسدى لكم خيراً فأضفوه له والا فلا تسجزوا ان تكونوا
 مثله واذا التقيتم على حسب فلا تروا كلوا فيه وما اظهرتم من خير فاجملوه
 كثيراً ولا تنافسوا السودد وليكن لكم سيد فانه لا بد لكل قوم من
 شريف ومن كانت له مروءة فليظهرها ثم قومه اعلم ووسموا الخيروان قل
 ولا تنكحوا دنياً من غيركم فانه عار عليكم وعليكم بصلة الرحم فانها تعظم
 الفضل وتزين النسل واذا عيتم بأمر فتامنوا عليه ولا تحضروا ناديك السفه

٧ — كعب او عمرو بن حمة الدوسي

عاش اربعمائة سنة غير عشر سنين فقال :

كبرت وطلال العمر حتى كاثي سليم أفاع ليله غير مودع
 فما الموت افئاني ولكن تتابعت علي سنون من مصيف ومرجع
 ثلاث مئين قد مردن كواملاً وها انا هذا أرجمي مر اربع
 واصبحت مثل النسر طارت فراخه اذا رام تطياراً يقلن له قع
 أخبر اخبار القرون التي مضت ولا بد يوماً ان يطار بمصرعي

٨ — كهس بن شيب الدوسي

عاش اربعين ومائة سنة ومن قوله :

ألا رب نهب يخطر الموت دونه حويت وقرن قد ركت مجدلاً

وخيلٍ كأَسراب القطا قد وزعتها
ولذات عيشٍ قد لقيت وشدة
ومُسْتَلْهِمٍ فيه الأُسنة شُرْع
سميت إليه سمي لا واهن القُوى
فَنَفَسْتُ عنه الخيل وأنتشت قسه
وقد عشت حتى قد ملكت مُمِشْتِي
والأُنْجاة لأمري من منية
بِخيلٍ تساقبها ثَملاً مَسْلاً
صبرت لها جاشي ولم اكُ اغزلاً
دعاني حذاراً ان يصاب ويُقتلاً
ولا عاجزٍ لا يستطيع التَّحُلُّلاً
وقد عاين الأبطال أخول أخولا
وايقنت حقاً ان سألني المَوَكِّلاً
ولو حلَّ في أعلى شماريح يَذْبُلُ
عاش اربعين ومائة سنة وقال :

٩ - مصاد بن جناب بن مرارة من بني عمرو بن ربوع

ما رغبتي في آخر العيش بعد ما
اذا ما اردت ان اقوم لحاجة
فيرجمه المُرْمى به عن سيله
وقال ايضاً :

ان مصاد بن جناب قد ذهب
والموت قد يدرك يوماً من هرب
ادرك من طول الحياة ما طلب

ومن قوله ايضاً

للموت ما تُفدي وللموت قصرنا
فن كان مغروراً بطول حياته
فليس يباقي ان سألت ان مالك
ولا بد من موت وان نُفَسُ العمر
فاني جميل ان سينصرعه الدهر
على الدهر الا من له الدهر والأمر

١٠ — مسافع بن عبد الرزي الضمري

عاش ستين ومائة سنة وقال حين ضجر به اهله
 لعمرُ كما لو يسمع الموت قد آني لداعٍ على بره جفته العوائدُ
 به سقمٌ من كل سقم وخبطة من الدهر اصفى غصنه فهو ساجد
 اذا مر نعثٌ قيل نعث مسافر الا لا بودي لو بنالي لا احد
 يظنون اني بعد اول ميت فأتى وعيضي واحد ثم واحد
 فقالوا له لما رأوا طول عمره تأتٍ لدار الخلد انك خالد
 غضابٌ عليّ ان بقيت واتي بودي الذي يهون لو انا واجد

١١ — زهير بن جناب بن هبل بن عبد الله بن كنانة

قالوا عاش اربعمائة سنة وعشرين سنة وأوقع مائتي وقعة وكان سيداً
 مطاعاً شريفاً في قومه ويقال كانت فيه عشر خصال لم يجتمعن في غيره من
 اهل زمانه كان سيد قومه وخطيبهم وشاعرهم ووافدهم الى الملوك
 وطيبهم والطلب في ذلك الزمان شرف وحازي قومه والحزاة الكهان وكان
 فارس قومه وله البيت فيهم والعدد منهم ومن اقواله :

أبني ان اهلك فقد اورثتكم مجداً بنيته
 وتركتكم اولاد سا دات زنادكم وريته
 كل الذي نال القتي قد نلته الا النعية
 كم من محبٍ لا يوا زيني ولا يهب الدعية
 ولقد رأيت النار للسلاف توقد في طيبة

ولقد رحلت البازل الوجناء ليس لها وليه
ولقد غدوت بمشرف السطرفين لم يغمز شظيئه
فأصبت من حمر القنا زيماً ومن حمر الققيّه
ونطقت خطبة ماجد غير الضعيفة والعيّة
فاللوت خير لفتى فليهلكن وبه بقيه
من ان يرى تهديه ولدان المقامة بالمشية

ويروى

من ان يرى الشيخ البجا ل وقد يهادى بالمشية

وقال حين مضت له مائتا سنة من عمره

لقد عمّرت حتى ما أبالي احتفي في صباحي او مساءي
وحق لمن اتت مائتان عاماً عليه ان يعل من الثواء
شهدت المحضين على خزاز وبالسلان جمعاً ذا زهاء
ونادمت الملوك من آل عمرو وبعدهم بني ماء السماء

١٢ - هبل بن عبدالله بن كنانة الكلبي

هو جد زهير بن جناب بن هبل عاش سبعمائة سنة حتى نجرف وغرض
منه اهله فكانوا يضحكون منه ومن اختلاط كلامه وقد قال حاطب بن
مالك النهشلي يذكّر طول عمر هبل
كانك ترجو ان تميش ابن مالك كعيش هبل لقد سفهت على عمّد
وماذا ترجي من حياة ذليلة تمرها بين الفطارفة المرد

وانت لقي في البيت كالأمدنف وقد كنت سباقاً الى غاية الجهد
ولموت خير لأمري من حياته يدب ديباً في الحملة كالقرد
فلو ان شيئاً نال خلداً لناله حليف التدي عمر وسليل ابي الجمد
فتي كان سباقاً الى كل غاية يبادر فتيان المشيرة للحمند

١٣ — أنس بن مدرك الحتمي

عاش مائة واربعاً وخمسين سنة وكان سيد خشم في الجاهلية وفارسها
وادرك الاسلام واسلم وقال في كبره
اذا ما امرؤ عاش الهنيدة سالماً وخمسين عاماً بعد ذاك واربعاً
تبذل مر العيش من بعد حلوه واوشك ان يبلى وان يتسفسع
ويأذى به الادنى ويرضى به العدى اذا صار مثل الرأل احذب اخضعا
رهنية قمر البيت ليس يرغمه لقي ثاوياً لا يبرح المهد مضجعا
يخبر عمن مات حتى كأنما رأى العصب ذا القرنين اوراء تبعها

١٤ — عبدالله بن سبيع الحميري

عاش مائة وخمسين سنة وقال في ذلك
اراني كلما هرمت يوماً اتى من بعده يوم جديد
يعود شبابه في كل فجر ويأبى لي شبابي لا يعود

١٥ — مرداس بن سبيع بن الحكم

عاش مائتي سنة وثلاثين سنة وقال في ذلك :

اعاذلني دعني على فاني أتتي عن حجور مُندياتُ
قواني قد انتني من بعيد فما ادري أزورُ ام ثبات
فان تلك كذبة من قوم سوء فما ان تزدمني المَعذراتُ
فاني قد كبرت وحق عظمي واسلني لدى الدهر الهناتُ
مرازي قد تنوب وطول صبري تؤوب لها الهجوم الطارقاتُ
أدبٌ على العصا لم يبق الا لسان صارم غضب حُتات
فلا يبردكم كبري فاني كريم ليس في اسري شتات

١٦ — شريح بن هاني بن يزيد بن نهيك بن دريد

عاش عشرين ومائة سنة وقد قتل في ولاية الحجاج بن يوسف فقال
وهو يرتجز قبل ان يقتل

قد عشت بين المشركين اعصرا ثم ادركت النبي المنذرا
وبسده صديقه وعمرا ويوم مهران ويوم نُسُترا
والجمع في صفتينهم والنهرا هيات ما اطول هذا عمرا

١٧ — عباد بن ابي الكلب الصيداوي من بني اسد

عاش عشرين سنة ومائة سنة فقال :

عمرت فلما جرت ستين حجة وستين قال الناس انت مفند
فقلت لهم بالله هل تنكروني وهل عاني الا السخا والتمجد
واني جواد الكف تمنع بما حوت يداي من المعروف لا اتلذد

١٨ — ابو الطمحان القتيبي من نحو كنانة

عاش مائتي سنة وقال في ذلك
حَنَنْتِي حَانِيَاتُ الدَّهْرِ حَتَّى كَأَنِّي خَانِلٌ يَدْنُو لَصِيدِ
قَرِيبُ الْخَطْوِ يَحْسَبُ مِنْ رَأْيِي وَلَسْتُ مَقِيداً أَتِي بِقِيدِ

١٩ — عباد بن شداد اليربوعي

عاش مائة وثمانين سنة وقال في ذلك :
يَا بؤْسَ لِلشَّيْخِ عَبَادُ بْنُ شَدَادٍ اضْحَى رَهِيْتَهُ بَيْتَ بَيْنِ اَعْوَادِ
وَتَهْزَأُ الرِّسْمُ مِنِّي اِنْ رَأَتْ جَسَدِي أَحْدَبَ لَمْ يَبْقَ مِنْهُ غَيْرُ أَجْلَادِ
فَإِنْ تَرَيْنِي ضَعِيفاً قَاصِراً عُنِّي فَقَدْ اكْتَمَعَ عَنِّي عِدْوَةُ الْعَادِي
وَقَدْ أَفِيءَ بِأَثْوَابِ الرِّيسِ وَقَدْ انْعَدُو عَلَى سَلْبِ لَلْوَحْشِ صِيَادِ

٢٠ — همام بن رباح بن يربوع بن خطلة

عاش مائة وثمانين سنة وقال في ذلك
اِنْ الْغَوَايِي قَدْ عَجِنَ كَثِيرَا وَرَأَيْتُنِي شَيْخاً صَحَوْتُ كَبِيرَا
قَصُرَا الْغَوَايِي اِنْ اَرَدَتْ هَوَادِي حَسْبُ الْكَبِيرِ مُجْرِباً مُجْجُورَا
أَنِّي لَا بُدْلَ لِلْعَطِيلِ إِذَا دَنَا مَالِي وَارْتَكَّ مَالُهُ مَوْفُورَا
وَإِذَا ارَدَتْ ثَوَابَ مَا اعْطَيْتَهُ فَكُنِي بِذَاكَ لَتَائِلَ تَكْدِيرَا
أَنِّي أَمْرٌ عَفُّ الْخَلَائِقِ لَا أَرَى طَرَقَ السَّمَاةِ يَا أَمِّمَ وَعُورَا

٢١ — ليد بن ربيعة بن مالك

عاش مائة وعشرين سنة وادرك الاسلام فأسلم وقال حين مضت له

سبع وسبعون

نفسى تشكى الى الموت مجبشةً وقد حملتُك سبعاَ بعد سبعينا

ان تُحدثي املاً يا نفس كاذبةً في الثلاث وفاةً للثمانينا

فلما بلغ مائة وعشرا قال

أليس في مائة قد عاشها رجل وفي تسكاملٍ عشرٍ بعدها عُمر

فلما بلغ عشرين ومائة قال

ولقد سئمت من الحياة وطولها وسوأل هذا الناس كيف ليد

٢٢ — نصر بن دهمان بن بشار

عاش مائة وتسعين سنة حتى سقطت اسنانه وايض رأسه فحزب قومه

امراً احتاجوا فيه الى عقله فدعوا الله ان يرد عليه عقله وشبابه وفهمه واسود

شعره فقال سلمة بن الحرشب الأنماري

نصر بن دهمان الهنيدة عاشها وتسعين حولاً ثم قوِّم فانصابتا

وعاد سواد الرأس بعد ايضاضه وراجعه شرح الشباب الذي فاتا

وراجع عقلاً بعد عقل وقوة ولكنه من بعد ذا كله ماتا

٢٣ — زهير بن مرخة بن يفي وابش

عاش مائة وسبعين سنة وقال في ذلك

كبرتُ وأمنست عظامي وماذا وما تأمل العين الا وقادماً
اقول لأهلي لا تظمنوا وهاتوا فراشا وطياً وزاداً

٢٤ — زهير بن ابي سلمى الشاعر

عاش مائة وعشرين سنة وقال حين بلغ الثمانين
سئمت تكاليف الحياة ومن يش ثمانين حولاً لا ابالك يسأم

٢٥ — قس بن ساعدة بن حذافة

عاش ثلاثمائة وثمانين سنة وقد ادرك الاسلام وهو اول من آمن بالبعث
من الجاهلية واول من توكأ على عصا واول من قال اما بعد وكان من حكماء
العرب وهو اول من كتب من فلان الى فلان واول من قال في كتابه اما
بعد . زعمت العرب انه سبط من اسباطها وهو الذي يقول

هل النيثُ مُعْطِي الأَمْنِ عند زوله بحالٍ مَسِيٍّ في الامور ومحسِنٍ
وما قد تَوَلَّى فهو قد فات ذاهباً فهل يَنْفَعُنِي لَيْتِي ولو اتني

٢٦ — انس بن نواس بن مالك بن حيش

عاش دهرأ طويلاً ونبتت اسنانه بعد ما سقطت فقال
اصبحت من بعد البزول رباعياً وكيف الرباعي بعد ما شقَّ بازله
ويوشك ان يلقي ثنباً وان يمد الى جذع تشكل أخاك ثم ثواكله
اذا ما اتفرقا مرتين تقطعت حبال النسي وابنت منا وسائله

٢٧ — هاجر بن عبد المزي الخزاعي

عاش سبعين ومائة سنة وقال
 بكيت وافتاني الزمان واصبحت
 هُنيدة قد انضت من بعدها عسرا
 فأسلى ولاحي فاصدر لي امرا
 واصبحت مثل العرخ لا انا ميت
 واغطي فلا منّا عطائي ولا تزا
 وقد كنت دهرأ اهزم الجيش واحداً
 وقد عشت دهرأ لا تجن عشريني
 لها ميتاً حتى اخط له قبرا

٢٨ — عبد يثوث بن كعب بن الرواة

عاش سبعين ومائة سنة وقال في ذلك
 بليت وقد كنت دهرأ جديداً . وقد عشت دهرأ أيا جليدا
 ابد ثمانين انضيتها وتسعين ياسلم ارجو الخلودا
 ومات ابي وابو والدي ودُهل فاصبحت منهم وحيدا

٢٩ — أوس بن ربيعة بن كعب

عاش مائتي سنة واربع عشرة سنة وقال في ذلك
 لقد عمرت حتى مل اهي ثواني عندهم وستمت عمري
 وحق لمن اتب مائتان عالماً عليه واربع من بعد عشر
 يمل من الثواء وصبح يوم يفاديه وليل بعد يسري
 فابلي جدتي وبقيت شلوأ وياح بما اجن ضمير صدري

٣٠ — فضالة بن زين الدواني

عاش أكثر من مائة وعشرين سنة وهو القائل في المال
وما الميش إلا المال فاحفظ فضوله
فاني وجدت المال عزاً اذا التقت
عليك ظلال الحرب تُرهمُ بالدم
اذا جلَّ خطبُ صُلَّتْ بِالْمَالِ حِينَا
توجهت من ارضى فصيح واعجم
وهايك اقوام وان لم تُصهِمُ
بنفع ومن يستغن يُحمد ويكرم
وتسطي الذي يبغى وان كان باخلاً
بما في يديه من متاع ودرهم
وفي الفقر ذلٌّ للرقاب وقلَّ ما
رأيت فقيراً غير نكسٍ مذمَّم
يُلام وان كان الصواب بكفه
وَيُحْمَدُ آلاءُ البخيل المدرهم
كذلك هذا الدهر يرفع ذا النى
بلا كرم منه ولا بحلم
ولكن بما حازت يداه من النى
يصير اميراً ثَمِيمَ المَلَطَم



٢ - اقبال بعضي المعمرين في العصر الحاضر

ذكرت الصحف سنة ١٩٠٩ خبر وفاة امرأة عن عمر يناهز ١٢٠ سنة ونهبت الجرائد الى ان السيدة مارك غلوك ولدت سنة ١٧٨٠ وماتت سنة ١٩١٠ اي عاشت ١٣٠ سنة وذكرت القبس الدمشقية خبر معمر العراق الكبير فقالت :

مات العم علي ابو سريح معمر العراق الشهير فقد نمته ابناء البصرة فكان
لنعمه رنة اسف ولا غرو فالعم ابو سريح جيل كامل ، وحرام ان تنطوي
صفحة الجبل بغمضة عين !

ولد العم علي في وادي الدواسر من اعمال نجد عام ١٢٢٣ هجرية وعاش
١٣١ سنة متمتعاً بحواسه وبقوته ما خلا صنم قليل في اذنيه . وقد هاجر الى
الزبير من اعمال البصرة واستوطنها سنة ١٢٦٤ . وكان آية في علو الهمة
ومواصلة الاعمال حتى انه مشى مراراً عديدة من مدينة الكويت الى الزبير
على الاقدام بكل نشاط وقوة وكان يذهب الى البصرة ويعود الى الزبير على
الاقدام حتى آخر ايام حياته وله كثير من الجراة على مخاطبة الملوك والامراء
بلهجة ادية مهذبة رصينة مع انه امي لم يضرب ولا بسهم واحد من العلم
والمعرفة . وقد بلغ من اعجاب قعيد العراق العظيم جلالة الملك فيصل الاول
بالعم ابي سريح ان عين له راتباً شهرياً قدره ثلاثة دنانير ونصف يقبضها من
بلدية الزبير ، وجرى جلالة الملك غازي المظم على سنة والده فشمله ببنائته
ورعايته . وقد اعطاه جلالة الملك عبد العزيز السعود ملك المملكة العربية
السعودية منحا مالية غير قليلة .

والعم علي ابو سريح كان يزو اسباب نشاطه وقوته وعدم اعيائه وكلفته من الاتعاب الى عدم ممارسته التدخين وتناول القهوة والشاي والمشروبات الروحية .

ولقد كان عمنا ابو سريح يروي الوقائع التاريخية التي حدثت في البلاد العربية منذ اكثر من قرن ، ويقص انباء الحروب والمعارك في الشرق والغرب ، ويكثر من الحديث عن مشاهداته ، فهو من هذه الناحية سفر تاريخي جليل ، بل هو جيل حي سائر ! وامثاله الاحياء الذين يحملون اعباء السنين وابعاء التاريخ ايضاً قليلون في هذا العصر ، ولا سيما وقد انتشرت الآفات التي تقصر الاعمار وتهلك الجسم قبل اوان هلاكه .

رحم الله اباسريح واسكنه الجنان .

وقد تقصى اخونا الاستاذ جميل الشطي مفتي الحنابلة خبر فضلاء الشيوخ المعمرين فقال :

اذر كنا من الشيوخ المعمرين في دمشق ممن بلغوا القرن او كادوا اربعة اجلة .

احدهم: الشيخ عبدالله السكري الركابي وهو فقيه كبير ولد فيما اخبر به سنة ١٢٣١ هـ واخذ الفقه عن فقيه الشام الشيخ سعيد الحلبي المتوفى سنة ١٢٥٩ هـ والحديث وغيره عن المحدث الشهير الشيخ عبد الرحمن الكزبري المتوفى سنة ١٢٦٢ هـ وكانت وفاته سنة ١٣٣٠ هـ

الشيخ الثاني : الشيخ عبدالله الحموي وهو مقري، جليل ادرك الخطاط المعروف الشيخ عبداللطيف الشطي المتوفى سنة ١٢٥٦ هـ وحدث عنه بنوادر

طريفة وكانت وفاته سنة ١٣٣٠ ايضاً

الشيخ الثالث : الحاج علي الشطي وهو معمر قضى حياته بالتجارة والزراعة والكد وقد ادرك ابراهيم باشا المصري واخبر عنه بأنه تغلب على الشام تسع سنوات من عام ١٢٤٧ الى عام ١٢٥٦ هـ وكانت وفاته سنة ١٣٣٤ هـ

الشيخ الرابع : مصطفى افندي السباعي وهو وجه فاضل وخطاط متفنن ومن اسرة السباعي الشهيرة في حمص وغيرها واخبرنا بأنه ادرك مرض الطاعون في حمص سنة ١٢٥٧ هـ وانه كان آخر طاعون في البلاد السورية وقد رحل الى بلاد كثيرة واستوطن دمشق مدة طويلة وصحب جماعة من علمائها ووجوها وتولى وظائف عديدة فيها وكان كثير المخالطة لرجال الدين من فرق شتى يحدث منها ويظهر التشكيك في كثير منها، وكان لتفنته وتقدم سنه يزوره الناس في بيته فيستمعون بالاطلاع على سنائع غريبة وخطوط بدیعة وكان مرفهاً جداً تزوج وهو في الخامسة والثلاثين من عمره فلم يرزق ولد وماتت زوجته بعد ان عاشت منه اربعون سنة ثم تزوج ثانية وكان قد بلغ الخامسة والثمانين سنة من العمر فرزق بتاً اولى في السابعة والثمانين من عمره ملئت طفلة ثم رزق بتاً ثانية وكان في التسعين من عمره . وقد اطلعنا في سنة ١٣٣٧ على رسالة جمعها في تراجم من ادركه من عائلات سورية ويقول في مقدمتها انه بلغ من العمر في تلك السنة ١٠٥ اعوام ثم توفي نحو سنة ١٣٤٠ رحمه الله . وهؤلاء جل من ادركنا من المميرين الذين تمتعوا بصحة جيدة وعقل وافر حتى آخر حياتهم .

تمحيص ما ورد من أقوال المعمرين

ورأينا في هذا الصدد

إذا انعمنا النظر فيما أوردناه حتى الآن جاز لنا ان نستتج من ذلك ان عمر الانسان في العهد الماضي لا يختلف عن مدى عمره اليوم واما ما ذكر في القرآن الكريم عن البعث مئات من السنين فذلك دليل على ان الواحد القياسي للسنة فيما سبق يختلف عن واحد قياسي السنة اليوم . ويشاطرنا في رأينا المفكرون المصريون مثل العام الجليل طنطاوي جوهرى . واما الشعراء الذي قيل عنهم انهم مكثوا مئات من السنين او قالوا في اشعارهم ما يشير الى ذلك فلست ارى في اقوال اكثرهم براهين يمتد عليها لان الاقدمين لم يتادوا ضبط تاريخي الولادة والوفاة ولأن من طبيعة الانسان متى فاهز التسعين ان يمتز بعمره وشيخوخته وان لا يخفيها كما وان من طبيعة من ساكنه ان يبالغ في كبره ويتج في الغالب من هذا وذاك تزويد في حقيقة اعمار المعمرين وقد يتناقل الرواة الخبر وربما آمن به بعض سامعيه حتى انه قد ينجل الى العمر نفسه اذا كان حياً ان ما قيل صدق وحق . وهذا هو ايضا رأي المحدثين كالامام البخاري وقد سئل عن الحضر والباس وعن حقيقة عمرهما وهل هما احياء فقال كيف يكون هذا وقد قال النبي صلى الله عليه وسلم لا يبقى على رأس مائة سنة ممن هو على ظهر الأرض احد .

الحيويات (الفيتامينات)

في الكيمياء الحيوية

٣

للعلم في الصيلة والكيمياء صلاح الدين مستفود الكوا كهي

وحسبوا المعروف اليومي للكهل وفقاً لهذه الشروط فوجدوه كما يلي:

الحرارة الخارجية :

١٥٤٠ سرأ

اشعاعات حرورية

٨٠

تسخن الهواء المستنشق

١٦٢٠ سرأ

المجموع

الحرارة الداخلية :

٥٩٠ سرأ

تبخر الماء بالجلد والرئة

٢٠

تسخن الاطعمة والاشربة

٣٠

الحرارة المنتقلة بالبول والبراز

القدرة الموافقة للعمل الضلي الارادي

٨٠ (عمل بسيط) وغير الارادي (التنفس والدوران)

٧٢٠

٧٣٤٠ سرأ

المجموع

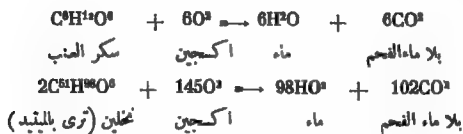
فاستدلوا من ذلك ان الانسان الكهل يصرف وهو في حالة الراحة ٢٣٤٠ سعراً من الحرارة ٧٠ بالمئة منها بحالة حرارة خارجية والباقي يصرفه في حاجات العضوية داخلياً . فنسبوا هذا المقدار من الحرارة الى وزن الكهل ٦٥ كغ فاصاب كل كيلوغرام من البدن : $\frac{2340}{65} = 36$ سعراً لكن عادوا فامتحنوا صحة النتيجة النظرية عملياً فوجدوها تختلف عما حصلوا عليه بالاختبار كما يلي :

مصرف الكهل	لكل كيلو غرام
في الراحة التامة	٢٥ سعراً
في الراحة النسبية (عمل بسيط)	٣٦ —
في العمل المتوسط	٤٠ —
في العمل الشديد	٤٥ —
في العمل الأشد	٥٠ —

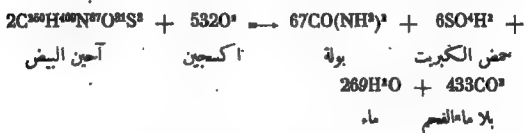
فلما وصلوا الى هذه النتيجة قاموا بمحور في مقدار الغذاء الذي يجب ان يتناوله هذا الكهل تمويضاً لما يفقده من الحرارة والقدرة وكانوا قد علموا قبلاً ان الاركان الاصلية الغذائية اي السكريات والشحميات والهوليوات اذا تحللت في العضوية انتجت من الحرارة ما يساوي المقدار الذي تنتجه اذا احترقت في مقياس الحرور . (كالوريتر) مع ملاحظة ما يطرح منها خارج البدن كما هو دون ان يتصل تحللاً تاماً .

فاوصلهم البحث في هذه الناحية الى نتيجة قيمة هي ان السكريات (السكاكر والنشا) والشحميات . (مركبات الحموض الدسمة مع الحلوين) هي اوفى

بهذا المرض من الاغذية الاخرى لاحتراقها التام في العضوية دون ان
تبقى بقية ما كما هو ظاهر في المعادلتين الآتيتين :



وان الهوليوات على العكس لا يمكن ان تستفيد العضوية منها كل
الاستفادة لانها لا تحلل تمام التحلل فان ١٥ - ١٨ بالمئة من الآزوت الذي
تحتوي عليه يطرح خارجاً دون فائدة بشكل بولة (urée) والكمية الضئيلة
من الكبريت التي تحتوي عليها هذه الهوليوات كذلك تطرح خارجاً دون
فائدة بشكل مركبات كبريتية كما ترى في المعادلة الآتية :



هذا مع لزوم الهوليوات للعضوية لتكوين النسيج في الاحداث وترميمها
في الكهول لذلك لم يروا مبرراً لإخراجها من زمرة العناصر المهيكلية
(كالماء والاملاح).

بعد كل ذلك وبالنظر الى ان ادخالات العضوية يجب على الاقل ان
تعوض انخراجاتها وضموا حاجة الكهل من هذه الاغذية على الصورة الآتية:

اولاً - اخراجات الكهل في حالة الراحة النسبية في ٢٤ ساعة :
(أ) ٢٦٠٠ غرام من الماء يطرحها تقريباً :

بالبول	١٣٠٠ غرام
بالبراز	١٣٠ —
بالعرق	٦٥٠ —
بالتنفس	٥٢٠ —
	<hr/>
	٢٦٠٠

(ب) ١٣ غراماً تقريباً من الاملحة المعدنية المختلفة ومثله من كلوريد الصوديوم .

(ج) ١٣ غراماً من الآزوت على شكل بولة واسس بورية وحوض آمنية تعادل تماماً فضلات ٨١ غراماً من الهوليات وتوجد :

في البول	١٢ غراماً .
في البراز	١ غرام

(د) ٢٦٥ غراماً من الفحم الموجودة :

في البول	١٠ غرام
في البراز	٥ —
في الحاصل المطرحة	٢٥٠ —
بالتنفس (بلاماء الفحم)	<hr/>
	٢٦٥

ثانياً - المرتب الغذائي كيمياوياً (لتأمين احتياجات هذا الكهل الحركية والتكوينية) في ٢٤ ساعة :

ماء	٢٦٠٠	غرام
املاح شق	١٣	"
كلور الصوديوم	١٣	"
هيوليات	٨١	"
سكريات	٣١٠	"
شحميات	١٠٠	"

لان الحرارة الناتجة من هذه المواد مقدرة بالسعر هي :

هيوليات	$٨١ \times ٣,٦٨$	٢٩٨,٠٨	سراً
سكريات	$٣١٠ \times ٣,٨٨$	١٢٠٢,٨٠	"
شحميات	$١٠٠ \times ٨,٤٥$	٨٤٥	"
المجموع		<u>٢٣٤٥</u>	

: بحيث يتبادل مقدار النعم مع المواد المطرحة كما هو جلي (*) :

هيوليات	$٨١ \times ٠,٥٢$	٤٢,٢٠	غرام
سكريات	$٣١٠ \times ٠,٤٧٥$	١٤٧,٢٥	"
شحميات	$١٠٠ \times ٠,٧٦٥$	٧٦,٥٠	"
المجموع		<u>٢٦٥,٩٥</u>	"

وكذا مقدار الآزوت:

مواد آزوتية $٨١ \times ٠,١٦$ ١٢,٩٦ غرام (يبادل ١,٢٥ غراماً من الهيوليات لكل كيلو غرام من البدن).

عند هذا الحد خالوا انهم بلغوا الناية التي ينشدون فاصطنعوا اغذية

(*) لان نسبة النعم في الهيوليات هي : ٥٢ بلثة

وفي السكريات ٤٧,٥

وفي الشحميات ٧٦,٥

معلومة التركيب كيميائياً أي اغذية تحتوي بمقدار معلوم ومحدود على جميع الاركان المعلومة اللازمة لادامة الحياة بنسب اعتقدوا بعلامتها وصلاها لهذا النرض حسباً تبين لهم من جداول الاحصاءات والتحليلات الحيوية .

وقام هو بنكنس Hopkins سنة ١٩١٢ في هذا الشأن بتجربته الشهيرة الحاسمة فآخذ ١٦ جرذاً بوزن متماثل وعمر واحد وجعل كل ٨ منها في قسم وشرع يطعم ما في كل قسم غذاءً مؤلفاً من الميويلات النقية و الشحنيات والسكريات الصفاء و الاملاح المعدنية الحالية من الشوائب، وزاد على غذاء القسم الثاني ٣ سم^٣ من اللبن لكل جرذ بما يعادل ٤ بالمئة من المادة الجافة من الغذاء المهيأ فشاهد ان الجرذ التي جعل في طعامها اللبن كانت تنمو بسرعة بحيث بلغت بعد ثمانية عشر يوماً ضعف وزنها الاول . اما التي لم يكن في طعامها اللبن فلم تنم^١ ولبثت هزيلة . وفي اليوم الثامن عشر اعطى الجرذ المريضة الهزيلة المقدار المذكور من اللبن وحذفه من غذاء الجرذ التامة الصحة . وما كان اليوم الخمسون حتى رأى الجرذ التي كانت هزيلة قد سبقت وزناً الجرذ التي كانت تامة الصحة فرضت وهزلت بعد قطع اللبن عنها . فاستنبط من هذه التجربة ان^٢ انقطاع اللبن يفضي الى اضطرابات في النمو وان اضافة ٣ سم^٣ من اللبن يكفي للوقوف دون هذا الاضطراب ولشفاء المتضررب مما يعاني وقال انه يغلب على الظن ان يكون ما ينقص في قسط الطعام التي مادة او مواد عضوية معقدة التركيب لا تستطيع عضوية الحيوان اصطناعها . ويكفي منها مقدار ضئيل جداً للنماء بحيث لا يبعد ان يعد فعل هذا المقدار الضئيل الذي يكاد لا يدرك ، كاثقال الوسطاء الكيميائية (catalyseurs) قال ذلك ودعا

هذه المادة التي لم يعلم كنهها اذ ذاك بموامل الغذاء القرعية - (facteurs acces soires فلم يبق بعد هذه التجربة شك في ان الاطعمة الاصطناعية (وان كانت تحتوي على الاركان الاصلية المعلومة اللازمة لتعويض مستهلكات العضوية بالنسب المستنبطة من التحليلات الحيوية والاحصاءات) لا تكفي وحدها صافية لدوام الحياة واطراد النمو اذ تنقصها مادة او مواد تعمل على ادامة الحياة وانتظام سيرها .

ومن هذا التاريخ وضعت اسس القضية الحيوية الهامة التي شغلت العلماء ردحاً من الزمن ، بصورة قطعية ومنطقية وهي معرفة ما هي المواد الضرورية لادامة الحياة والنماء ، واتكرت طرق التحليل الجبوي الحيواني للاغذية ثم ادخل عليها التحسين واكتلت نواقصها وجزم من النتائج التحليلية التي حصل عليها بعدئذ بان هناك علاقة وثيقة بين الاركان الاصلية التي امكن كشفها بتحليل الاغذية الكيماوي وبين تغذية الحيوانات المخبرية بهذه الاركان الاصلية اي بين الهوليوات والشحبيات والسكريات المستخلصات من الاغذية الطبيعية ثم المصنفايات من الشوائب التي تصاحبها والمواد المعدنية النقية كيماوياً والسلولوز التي الذي اضيف الى القسط الغذائي حشواً اقول بين هذه المواد كلها وبين استفادة الحيوان منها للتغذي والنمو المطرد ثبت وجود صلة وثيقة . وبعبارة اخرى توجد علاقة متينة بين الغذاء الاصطناعي . المؤلف من مواد نقية تماماً او مصفاة معلومة التركيب كيماوياً وبين اخذها الحيوان بها اذ لا يمكن للحيوان ان يعيش بمثل هذا الغذاء الاصطناعي الصرف اكثر من ايام معدودات ويموت لا محالة يبطه او بسرعة بحسب نوعه .

الفصل الثاني

في كشف الحيونات وتصنيفها

بعد هذه النتيجة القيمة التي وصل اليها العلماء ، بدأ اكتشاف العوامل الفاعلة في ادامة الحياة والنمو وكان أولها العامل القنواب في الدم A اي الحيون A . (facteur lypo-soluble ou vitamineA)

فاذا جهز غذاء اصطناعي خال من الشحيات مطلقاً مؤلف من :

هيوليات : جينين معنى (كازيهين) ١٨	نزع ملحى رقم ٤٠ ٣,٧
سكر الابين (لاكتوز) ٢٠	مادة غفل : آغار آغار ٢
نشون (دكتورين) ٥٦,٣	

واطعم الجرذ الصغار فانها لا تنمو الا في ثلاثة اشهر ثم تأخذ بالهزال وكثيراً ما تحدث فيها آفات خاصة في العين تدعى بتصلب القرنية xerophthalmie واخيراً تموت . فاذا اكل هذا الغذاء باضافة شيء من الشحيات كدم الحنظل او زيت الزيتون او السمن او الزبد او استعمل الغذاء المؤلف من :

هضمون الضلات ١٧	نزع ملحى (اسبورن ومندهل) (٥) ٤
زيت الزيتون المصفول بالنول ١٢	مسحوق خيرة الجمة الجافة ٣
سكر القند الاعتيادي ٦٤	

(٥) يتألف هذا النزع الملحى مما يلى :

فحات الكليسيوم ١٣٤,٨	حمض الصفور ١٠٣,٢	ليمونات الحديد ٦, ٣٤
فحات الماينزا ٢٤,٢	حمض الكلور هندري ٥٣,٤	يود البوتاسيوم ٠,٠٣٠
فحات الصوديوم ٣٤,٢	حمض الكبريت ٩,٢	كبريتات النفتيز ٠,٠٢٩
فحات البوتاسيوم ١٤١,٢	حمض الليمون المبلور ١١١,١	فلوور الحديد ٠,٢٤٠
		SO ₄ AIK ٠,٠٢٤٥

تمزج المحوض اولا ثم تضاف الفحات وليمونات الحديد والباقيات محلوكة ثم يجر الناتج حتى الجفاف في تنور على حرارة + ٩٠°

يشاهد مايلي :

إذا اضيف شحم الخنزير او زيت الزيتون لا يرى تحسن في حالة الجردز الصحية بل تموت في نهاية ٣ اشهر او ٤
اما اذا اضيفه بالثمة من السمن او الزبد فان نمو الجردز يعود الى حالته الطبيعية والجردز تعيش ، مما يدل على ان الشحميات ليست جميعها ذات قيمة غذائية واحدة فنها كالزبد مثلاً ما يحتوي - عدا عن قيمته في توليد القدرة - على مادة يمكن استخلاصها بالنول او الاثير ، لا فنى للمضوية عنها لأجل التنو. باطراد وادامة الحياة بانتظام .

هذه المادة ذاتها توجد في الخلاصة الاثرية لمخع البيض او كبدة الخنزير وهي ذوابة في الدم وفعالة بمقدار ضئيل جداً وقد دعاها مستخلصوها الأثيريكيون (٥) بالعامل الذواب في الدم A .
اما المنزج المسمى رقم ٤٠ المستعمل في هذا الفرض فيتألف مما يلي :

٢٣٣,٦	كلور الصوديوم
٢٤٦	كبريتات المانيزا (ذات سبع ذرات ماء)
٣٥٨	صفات مضاعف الصوديوم (ذات ١٢ ذرة ماء)
٦٩٦	صفات مضاعف البوتاسيوم
٦٩٨	صفات مضاعف الكلسيوم (ذات اربع ذرات ماء) :

(٥) هم اسبورن Osborne وميندل Mendel وماكولم McCollum وداويس Davis (سنة ١٩١٣) .

١٥٤	لبنات الكليسيوم
٥٩,٨	ليمونات الحديد
١,٦	يود البوتاسيوم

وبعد سنتين اثنتين من هذا الكشف وجدوا هم انفسهم العامل الذواب في الماء B (اي الحيوين B) وذلك انهم قد رأوا ان بعض الاطعمة الاصطناعية التي كانوا يحسبونها تامة لاحتوائها على الزبدة (بنوع العامل الذواب في الدم A) لم تكن في الحقيقة كذلك اذ لم تساعد على نمو طبيعي مع ان هذه الاطعمة نفسها التي كانوا يجعلون فيها شيئاً من اللبن التجاري (المشوب ولا ريب) كانت اكثر ملائمة من التي كانوا يضيفون اليها شيئاً من سكر اللبن النقي كيميائياً بالتبلير المكرر .

ولما استعملوا من السكريات النشا او نشا البطاطا او النشوين (د كسترين) وجدوا انفسهم مضطرين الى ان يضيفوا الى الطعام الاصطناعي كمية ضئيلة من دقيق الحنطة الناشطة (المنتشة) او دقيق اللبن ٢ / ٠ من القسط الغذائي (اي مسحوق خلاصة اللبن الجافة) زيادة عن الزبدة او خلاصة الملح (العامل الذواب في الدم) تأمينا لنمو الطبيعي باطراد وادامة للحياة بانتظام ، والا هزلت الجرذ وماتت مصابة باعراض عصبية . فاستنجوا من ذلك ان في دقيق اللبن ودقيق الحنطة الناشطة وسكر اللبن غير النقي ، مادة ضئيلة ذوابة في الماء (وفي النول ايضاً) يحتم وجودها في الاغذية لتكون صالحة لنمو الجرذ نمواً طبيعياً دعوها (العامل الذواب في الماء B *facteur hydro-soluble*) تمييزاً من العامل الاول الذواب في الدم . ووجدوها بالبحث والتنقيب في نخالة الرز (قشر الرز) وبكثرة في خميرة الجعة . وقد توصل فونك *Funk*

من استخلاص ٠.٤٠ غراماً من المادة الفاعلة من ٥٠ كغ من قشور الرز وهو اول من دعا هذه المادة الفاعلة في النمو بالحيوين Vitamine منحوتة من كلتين Vita ومنماها الحياة و amines وهي المركبات العضوية الآمينية لانه وجد بعض هذه المركبات في الخلاصة المشوبة التي حصل عليها من قشور الرز.. ثم تأيد بعد ذلك ان هذه المادة لا تحتوي على المركبات الآمينية ولكن بقي هذا الاسم دائماً بين الناس والعلماء بالرغم من ذلك .

وعلى هذا تأيد بصورة لا تقبل الريب والاعتراض ان الاغذية الطبيعية تحتوي على عاملين ضروريين للحياة والنمو احدهما ذواب في الدم وهو الحيوين A والآخر ذواب في الماء وهو الحيوين B .

ثم انبرى علماء آخرون (١) للدرس والبحث والاختبار لا على الجرذ بل على الحمام وتوصلوا لمعرفة ان للحيوين B انواعاً :

- ١ - نوع ضد الاعراض المصيبة ، يتأثر من الحرارة والقلويات ،
- ٢ - ونوع يبه التغذية بالخاصة ، يقاوم الحرارة ولا يقاوم القلويات ،
- ٣ - ونوع يبه الحلية ، يقاوم الحرارة والقلويات .

وكان الفيرة قد دبت في قلوب العلماء فدفعتهم الى التسابق في هذا المضمار مضمار كشف الجيوبات لا لتاية التفاخر في الكشف بل لهدف اسمي من ذلك وأجل هو خدمة الذين كانوا يمانون ويلات بعض الامراض المصيبة الفتاكة التي لم يكن الطب يعلم عنها الا النذر اليسير .

ساروا الى هذا المقصد النيل بهمة لا تعرف الكلال فتكامل مساهم

(د) منهم مدام راندوان Mme Randoïn ولو كوك R.Lecoq سن(١٩١٨-١٩٢٥)

بالتوفيق فكشفوا العامل الذواب في الماء C (أي الحيوين ضد الحفر)
فتَجروا من آفات هذا الداء الويل ومصائبه الالوف من الافراد والأسر
التي كانت تصاب به ولا تعلم اسبابه ولا طرق معالجته ولا اتقائه
اما تاريخ بحثهم هذا فجدير بالاعتبار اليك نبأ بإيجاز :

اذا اجريت التجارب الآتية على الجرذ والحمام تستحصل دائماً النتائج
السابقة ذاتها . ولكن اذا اطعم عدد من السمور Cobayes غذاء اصطناعياً
يعد تماماً ، مؤلفاً من هيوليات وخميرة الجعة (ينبوع الحيوين B) ودم
الزبدة (ينبوع الحيوين A) وسكريات ومواد معدنية ، وطماع غفل (ورق
ترشيح مثلاً) فان جميع هذه السمورات — دون استثناء — كانت تصاب
بعد ثلاثة اسابيع باضطرابات وخيبة من نحو آفات عظيمة وآفات ترفية
(تلك الاعراض الخاصة بداء الحفر) تنتهي بموتهن في ختام الشهر . ولكن
اذا اضيف الى طماعن الصنمي المذكور شيء من عصير بعض الاثمار كالليمون
او البرتقال او عصير بعض الخضراوات الطازجة فانهن يشفين مما اصب
ويستعدن نشاطهن مما يؤيد ان الاغذية الطبيعية تحوي الى جانب المايلين
A و B ، عاملاً خاصاً آخر ذواباً في الماء ايضاً يحول دون الحفر ، هذا العامل
الذي لا تحتاج اليه الجرذ والحمام في نشوها وحياتها والذي يتسم وجوده
لحياة السمور والكلب والانسان ، سمي (الحيوين C)

فلما رأى العلماء النجاح الباهر الذي حصلوا عليه في كشف الحيوين
A و B ومداوة داء الذرة والحفر بهما وجهوا همهم شطر الداء المسمى
بالخرع (الكساح) وخطر لهم ان يكون سببه خلو الغذاء من عامل فعال

يشبه الحيون فقام منهم الاستاذ ملائي Mellanby بتجارب قيمة على الكلب وتمكن من احداث مرض الحرع فيه بكل اوصافه واعراضه واخيراً استطاع معرفة ان الاغذية التي تحتوي على العامل الفعال الموجود في زيت كبد الحوت تمنع حدوث الحرع في الحيوان كما انها تشفيه بمد حدوثه فيه. فإذ ان كان للحيون A خجاسة ضد الحرع فانها بدرجة تكاد لا تذكر. وثبت لغيره من المحجرين ان لنسبة القصور في الغذاء الى الكليسيوم فيه علاقة في الحرع بحيث اذا نقص القصور مثلاً وزاد الكليسيوم في الغذاء بدت اعراض الحرع، وزالت اذا اضيف الى الغذاء شيء من القصور بأي شكل من الاشكال التي يوجد عليها في الاغذية المعروفة التركيب.

وعلى هذا لم يبق ريب في وجود حيون يضاد الحرع (تختلف تمام الاختلاف عن الحيون A ، بكونه مقاوماً للمؤكسدات) في البقية غير المتصينة من المواد الدسمة تقرب بطبيعتها من المواد المسماة (ستيرول Stérols). هذا الحيون الجديد سمي (الحيون D). ومن الغريب ان المادة المعروفة التركيب المسماة (أرغوستيرول ergostérol) غير الفعالة بنحاتها الطبيعية تصبح ذات خواص عجيبة ضد الحرع متى جعلت عرضة الى الاشعة الضوئية. واتسمت دائرة البحث والدرس في الاغذية وصالح كل منها فيما خصها الله به من فائدة. ولم تغف همه الاحيائيين عند هذا الحد بل تقدموا ايضاً خطوات اخرى في فاحية عوامل التناسل والانتاج وقاموا يبحثون عن العامل الفاعل في نشاط الاعضاء المنتجة وتبين لهم ان لبن (الحليب) — اذا جعل في القسط الغذائي كما هو — شأنًا عظيمًا في حسن سير وظائف

الاعضاء التناسلية .

وتعمق آخرون في التحصيل فبدأ لهم ان اللبن اذا زادت كميته عن حد معلوم (كأن يجعل القسط الغذائي كله أو أكثره من اللبن المجفف) لم يعد طعاماً كاملاً بالمعنى الذي يتطلبه الإحيائيون ولا مفيداً في التناسل لقلة احتوائه على الحديد فهو يحتاج في جملة كاملاً لاضافة شيء ولو قليل من دقيق الحنطة الناشطة .

وبرهن ايوانس Evans وسوره Sure بأبحاثهما التي استمرت ثلاث سنوات كاملات ان الاضطرابات التي تشاهد في تغذي الجين او في تكون الحيوانات المنوية لدى تناول طعام صناعي معلوم لم يكن سبباً فقدان العاملين (A) و (B) في هذا الغذاء الاصطناعي ولا فقدان العامل D ضد الخرج ولا سوء توازن الاملاح المعدنية ايضاً ، انما سببه فقدان مادة خاصة ذوابة في الدم موجودة في الجزء اللاموزون من الاغذية (non-dosé alimentaire) سيماها (الحيوين E) الموجود بكثرة في الزيت المستخلص من الحنطة الناشطة وغيرها من الحبوب وفي دسم العضلات ودسم الكبد .

اما العامل الذواب في الماء P اي الحيوين ضد مرض الفاقة (البلاغر) فكان اكتشافه ثمرة درس العالم غولدبرجير Goldberger ومعاونوه وتجاربهم التي قاموا بها بصبر واثابة على اغذية خاصة معلومة تبين لهم بنتيجتها ان في اللبن وخميرة الجعة ولحم العضلات جاملاً ذواباً في الماء ضد مرض الفاقة يصنف بمقاومته الشديدة للحرارة .

(لبحث صلة)



جناح المستعمرات في حي جامعة مونييه

سيؤم فرنسا بعد بضعة اسابيع ثمر من حملة البكالوريا الجدد في بلاد الانتداب رغبة في اكمال دروسهم العالية في جامعاتها
أجل ، انهم يفادرون بلادهم فرحين واثقين بالمستقبل ، ولكن قد يمازج فرحهم شيء قليل من الحزن فان جيلهم لحياتهم الجديدة المقبلة وغربتهم وتخوفهم من برد الشتاء القارس يقلقهم ويقض مضجعهم .

مع ان فرنسا لم تهمل امر هؤلاء الطلاب ولم تنسهم بل اعدت لهم في اجمل بلد من بلاد ساحل البحر المتوسط في بلاد صافية سماؤه دافئة مناخه ، في بلدة مونييه ، جناحاً تحف به جنائن حي الجامعة وقد راعت فيه فروق طلاب بلاد ما وراء البحار

ان مقالاً قصيراً كهذا المقال ليقصر عن تعداد المساعدات الكثيرة التي ستقدمها مونييه وجامعتها الشهيرة لاولئك الطلاب وليعجز ايضاً عن تعداد مختلف المنع المادية والفكرية والمعنوية التي اعدتها مؤسسو حي الجامعة لاصدقائهم الطلاب فابدين كل مطعم تجاري . فعلى الراغب في الاستزادة ان يستعلم من مدير معارف بلاده او من مديري المدارس .

واخيراً لا بد من القول بان جمعية مساعدة الاغراب في مونييه اخذت على عاتقها ان تجمع طلاب بلاد ما وراء البحار القاطنين في حي الجامعة وتسدي اليهم دوماً بالنصائح وتشجعهم ليكونوا في بيئة غير غريبة عن بيئتهم .
وختاماً نشئ ان تردد جوانب الجناح الاستعماري من حي جامعة مونييه ضحكات الطلاب المديدين وان يصل الينا الصدى من وراء البحار .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٧ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٦ هـ

خمس مشاهدات انقتال السين الحرقفي

عولجت بالقطع والحياطة البدئية وشفيت

للعلم مرشد خاطر استاذ الامراض والسرريات الجراحية

ليس انقتال السين الحرقفي آفة قليلة المصادفة في سورية وليست التوسطات التي تتبعها الجراحون في مكافحتها واحدة. واذا ما ضربنا صفعاً عن امراض (pathogénie) هذه الآفة وتمليل كثرتها في بلادنا لان امراضها لا يزال غامضاً فانا نرى فائدة في بيان الحطة التي تتبعها في المعالجة بعد ان صادفنا خمس حادثات انقتال جديدة في سياق السنين ١٩٣٥ و ١٩٣٦ وصادف زملاؤنا في شعبتنا الجراحية قصها عدة حوادث اخرى فخرروا في معالجتها على الحطة التي اتبعناها وكلل معظمها بالنجاح

ان الطرق الجراحية المستعملة في معالجة انقتال السين الحرقفي كثيرة

نذكر منها : الشرج الاصطناعي وفك الاقتال البسيط واستخراج المروء بدون قطعها وقطع المروء البدئي او الثانوي وخياطة طرفها بالجرح الجراحي وقطع المروء وخياطة طرفها احدهما بالآخر والى آخره

١ - اما الشرج الاصطناعي فوق الماثق فهو وسيلة خطيرة فضلاً عن انه لا يكفي لانه اذا اعاد الى المروء المنقطة في بعض الحالات دورانها بانقاص التوتر فيها فهو لا يمنع الآفات التي أحدثها الاقتال عن متابعة سيرها والافضال الى المنقرية قال الاثقال .

٢ - وفك الاقتال البسيط واسطة مطلقة لا تمنع التمسك بعد بضعة اشهر وقد شاهدنا مريضين فتح بطن كل منهما مرتين في احد مستشفيات دمشق حيث اكتفي بفك الاقتال فقط ففتحنا بطنيهما ثالثة وقطعنا عروتيهما فلا يستحسن والحالة هذه فك الاقتال وحده الا اذا عددناه الزمن الاول لمسكافة الانسداد الحاد على ان يتلوه بعد بضعة اسابيع قطع المروء .

٣ - وتثبيت السين والقولون بعد فك الاقتال وتجميد الرباط لا تفضل نتائجها نتائج فك الاقتال بالصرف فضلاً عن ان السين اذا كان متوسماً وجسماً وهذا ما يصادف في الغالب يصعب رده الى البطن بعد ان يكون قد خرج منه .

٤ - واستخراج المروء وتثبيتها في الخارج ثم قطعها بعد يوم او بضعة ايام لا نشير به لاننا لا نرى اقل فائدة في بقاء عروء جسيمة ملائمة بسائل عن ولو كان قد افرغ بعض ما فيها بمسبار المستقيم او بمروء فتحت فيها . وقطع المروء المنقطة قطعاً بديلاً هي التوسيط المفضل الذي تجنئ منه

التأجج الثابتة واما خياطة طرفها بجدار البطن او خياطة احدهما بالآخر خياطة بدئية فتابعة لحالة العروة التشريحية فاذا كانت جدر العروة متبدلة تبداً شديداً وآفات متسعة قطعت العروة وثبتت بجدار البطن وهذا ضمن . واما اذا كان التبدل خفيفاً واذا استعادت العروة لونها بعد فك الالتال او اذا كان الموات لا يمتد بعيداً حتى ذنبها فتفضل بعد قطع العروة خياطة طرفها خياطة بدئية انتهائية انتهائية .

هذه هي المعالجة التي اجريناها في المرضى الخمسة الذين صادفناهم في هذه الآونة الاخيرة وانا ننقل في ما يلي مشاهداتهم باختصار .

المشاهدة الاولى : أ . ش مسلم عمره سبعون سنة دخل المستشفى العام بدمشق مساء ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٥ الساعة الثامنة عشرة . اصيب المريض قبل دخوله المستشفى بمشربن ساعة بالآلام بطن شديدة اعترته نوباً كانت تتجدد وتهجم وكان اشدها في اسفل البطن يرافقها انحباس الغائط والغازات . وقد فاء المريض مرة وهو في يته بعد بدء آلامه بست ساعات

واخبرنا هذا الشيخ ان آلاماً بطنية خفيفة كانت تعتره في سياق السنوات الثلاث الاخيرة وكانت لا تستمر الا بضعة دقائق وتزول بتسديد البطن بزيت الزيتون الحار وكان المريض متى بدت نوبة ألمه يضطجع على ظهره بضعة دقائق فيزول ألمه ويتمكن من العودة الى عمله في الحال .

ولا يذكر المريض عدد النوب التي اعترته ولكنه يظن انها لا تتجاوز اربعاً في السنة . وبما ان الألم لم يهجم هذه المرة بعد استعمال الوسائط المألوفة التي اعتادها استشار المريض احد اطباء بلادته فوصف له مشروباً منسكناً

فلم يسكن ألمه فارسله الى المستشفى العام مشخصاً مرضه انسداد الامعاء .
وقد راقب طبيبنا الداخلي المريض في المستشفى ساعتين فثبت له
التشخيص واستدعاني بعد ان انهض قوى المريض بالزيت المكوفر والمصل:
الحاينة: البطن متبطل بمض التبطل وفي نصفه الايسر تعذب وفي المائة
(الناحية حول السرة) وضوح وفي الحاصرتين خرس (matité) متبدل
بتبدل وضمة المريض والشعور بصدمة الموجة المائية جلي فالجن لا شك فيه .
وبقيت الآلام في المستشفى متصفة بالصفات نفسها وكان التعذب في
النصف الايسر من البطن يزداد في اثناء الوب . ولم يشمر بشيء بمس
المستقيم ، وقاء المريض مرة ثانية في المستشفى مواد مسمرة وحالته العامة
حسنة نبضه ٩٠ وحرارته ٣٧,٣ .

العلية: اجريت في الساعة الحادية والعشرين اي بعد دخول المريض
بثلاث ساعات وبعد بدء آلامه بثلاث وعشرين ساعة .

شق البطن على الخط المتوسط تحت السرة وفوقها بعد ان خدر المريض
تخديراً عاماً بالايثر وحقن تحت جلده بمشرين سم ٣ من المصل المضاد
للمكورة الرئوية بقصد الوقاية من المراقيل الرئوية . وانا نستعمل هذا
المصل في معظم التوسطات الخطرة على الشيوخ . فلم نكد نشق جوف
الصفاق (الباريطون) حتى تدفق سائل مدمى غزير وبرز السين الحرقفي
من الشق وكان يعلو حتى قبة الحجاب . وقد تحققنا بعد ان اخرجناه انه محتقن
ومرashed ولذ عليه هنا وهناك بعض الصفائح الكدمية غير ان جدره لم
تكن متبدلة بدلاً شديداً .

وبعد ان القينا نظرة عجي على هذه العروة ظهر لنا انها كانت منفلة على نفسها وان ذنبها ضيق ويتكوم بعض التكوم .

فأدركنا الاغتال دورتين كما تدار عقارب الساعة فبدا لنا الرباط مرتشعاً ولكن اوعيته لم تكن مسدودة لان العروة استعادت لونها الطبيعي بعد فك اغتالها . فوضعتنا متفاشين ضابطين في كل جهة معددين القسم الذي يجب قطعه من هذه العروة الجسيمة وقطعناه ثم اتينا القطع بخياطة انتهاية وخطينا الرباط خياطة متقنة لقينا بعض الصعوبة في تحقيقها لان الخيوط كانت تمزق هذا الرباط المرتشح . ثم اغلقنا البطن طبقة واحدة بخيوط شبه (bronze) ولم نجبر وحققنا تحت جلد المريض بالمصل الصناعي والزيت الكوفر ووريدته بالمصل الملحي الزائد التوتر

كانت توابع العملية عادية . ظهر في الايام الثلاثة الاولى فقط احتقان رثة خفيف وعلت الحرارة في اثنائها الى ٣٨ ولعلها كانت اشتدت لو لم يحقن المريض بالمصل المضاد للمكورات الرئوية وعادت الحرارة الى الدرجة الطبيعية في اليوم الرابع .

وانقرغت الامعاء عفواً في اليوم الخامس

وزعت الخيوط في اليوم الثالث عشر

وترك المريض المستشفى في اليوم الثامن عشر .

الناشدة الثانية : امرأة عمرها ٦٥ من حوران متزوجة ولها اربعة اولاد

اصحاء البدن .

سوابقها : قولنجات معوية متقطعة ، قبض عادي ، نوب انسداد خفيفة

منذ خمس سنوات تستمر ٢ - ٣ أيام ويتقطع الغائط في اثنائها وتنفرغ الغازات .

اعتراها في ١٢ شباط سنة ١٩٣٦ ألم فجائي في اسفل البطن فتطبل ووقفت الغازات والغائط ، ولم تظهر الاقياء ، اعطيت وهي في قريتها مسهلاً زيتياً في اليوم الثالث لبده آلامها ومسهلاً آخر في اليوم السابع ففقتها ولم تنفوط .

دخلت المستشفى العام بدمشق مساء عشرين شباط سنة ١٩٣٦ وكانت حالتها العامة سيئة والزلة (dyspnée) السمية بادية عليها ، نبضها ١٠٠ خيطي حرارتها ٣٧,٥ ، بطنها متطبل تطبلاً شديداً مع ألم شديد في اقسامها السفلى ولا سيما في اليسار . لم يظهر شيء بالمسین المبلي والشرجي .

العملية: فتح بطنها في الساعة العشرين على الخط المتوسط تحت الصرة وفوقها في اليوم الثامن لبده الانسداد فلم يكده يشق الصفاق حتى برزت عروة السين الجسمية وخرجت عفواً من البطن . وكان في جوف الصفاق انصباب مدمى غزير وكانت العروة منفثة على نفسها غير ان الاقتال لم يكن مشدوداً الامر الذي اخر الموات (sphacèle) عن الظهور وكانت العروة ورباطها مرتشعين ارتشاحاً كبيراً .

فقطعت العروة الجسمية وخط طرفاها خياطة بدئية واغلق البطن طبقة واحدة بخيوط شبه وبلا تفجير .

كانت توابع العملية حسنة ولم نظراً اقل طارئة وتركت المريضة المستشفى في ١٣ اذار ١٩٣٦

المشاهدة الثالثة : اتنا نختصر هذه المشاهدات الثلاث الباقية لأن الاعراض وسوابق المرضى فيها متشابهة وفي ايرادها كاملة تكراراً لفائدة منه واضاعة لوقت القارى .

رجل من سحنايا (دمشق) عمره ٤٠ سنة دخل المستشفى العام بدمشق في ١٢ ايار سنة ١٩٣٥ مصاباً باقتال السين منذ خمسة ايام وترك المستشفى في ١٢ نيسان سنة ١٩٣٥

المشاهدة الرابعة : رجل من حمه عمره ٤٥ سنة دخل المستشفى في ١٦ ايار سنة ١٩٣٥ مصاباً باقتال السين منذ خمسة ايام وترك المستشفى في ١٢ حزيران سنة ١٩٣٥

المشاهدة الخامسة : رجل من حوران عمره ٣٥ سنة دخل المستشفى العام بدمشق في ١٨ ايلول سنة ١٩٣٥ مصاباً باقتال السين منذ يومين وترك المستشفى في ١٢ تشرين الاول سنة ١٩٣٥

وقد روى هؤلاء المرضى الثلاثة كما روى المريضان الاولان انهم كانوا مصابين بقبض عادي ونوب انسداد خفيفة تامة على اتجاه العروة الى الاقتال وان هذه النوب كانت تزول باتخاذ المريض وضعا خاصاً او بتمسيد جدار البطن .

وجميع المرضى الذين اتينا على ذكر مشاهداتهم كانوا يتخذون بالاغذية النباتية ولا يأكلون اللحم الا مرة او مرتين فقط في السنة .

وقد قطعت في المرضى الثلاثة عروة السين كما في المريضين السابقين وخطت طرفيها خياطة بدئية انتهائية انتهائية . واغلقت البطن طبقة واحدة

مخيوط شبه ولم افجر البطن وقد نالوا جميعهم الشفاء بلا ادنى عارضة .

.....

ان هذه المشاهدات الخمس على الرغم من قلة عددها اذا ضمت اليها المشاهدات الاخرى التي اجري زملاؤنا الآخرون في الشعبة عملياتها وكللت بالنجاح لبرهان ساطع على تفوق القطع والحيطة البدئية في اقتال السين الحرقى على العمليات الاخرى التي جئنا على ذكرها في صدر هذا المقال فاما من واحدة منها تميد الى العروة حاتها التشريحية الطيمنية وتقيا خطر النكس وتمكن المريض من معاودة اشغاله في خلال مدة قصيرة واتنا نستنتج من هذه المشاهدات النتائج التالية :

١ - ان غزارة المصل المدمى في البطن تامة لشدة الافتال وليس لقدمه فان مريض المشاهدة الاولى كان الانصباب في بطنه غزيراً مع ان اقتاله لم يقع الا منذ ثلاث وعشرين ساعة يد ان مريض المشاهدة الثانية قد مرت على افتال عروته ثمانية ايام وكان انصبابه اقل .

٢ - ان الحيطة البدئية عملية لا خطر منها اذا اتقن صنعها فان احصاءنا هذا القليل كان الشفاء فيه مائة بالمائة على الرغم من سوء حالة بعض المرضى قبل اجراء عملياتهم .

٣ - ان هذه الحيطة جائزة متى لم تكن جذر العروة متبدلة تبديلاً شديداً ولو كان الرباط مرتشعاً لان الارتشاح وحده لا يعد سبباً كافياً للامتناع عن الحيطة ما زالت الالوية مفتوحة ونازقة .

الاستدماء الذاتي (l'autohémothérapie)

في حياة المرأة التناسلية

بينما كان ابرامي منذ زهاء خمس عشرة سنة يعالج امرأة مصابة بداء الدماكل بالاستدماء الذاتي حلت بعد أن أجرى الحقنة الثالثة لها مع أنها كانت متزوجة منذ مدة ليست بقصيرة ولم تحمل على الرغم من شتى الوسائل التي استعملتها

وقد ظن ابرامي للوهلة الاولى كما يظن سواء ان الحمل قد تم صدقة وان الاستدماء الذاتي لم يكن له به اقل علاقة. غير ان الدرس السريري والتجربات الاختبارية التي قام بها مع جان دلزاس وروبار وليخ اثبتت ان الصدقة كلمة جوفاء لا معنى لها وان للاستدماء فعلا لا يتكرر.

ولم يقتصر الدرس الذي قاموا به بعد ان تحققوا فائدة الاستدماء على معرفة تأثيره في نساء يخيل أنهن عقيمت للوهلة الاولى بل اختبروه ايضاً في اختلالات الطمث الطارئة في سياق حياة المرأة التناسلية ولاسيما في نهايتها اي في زمن البلوغ والضمي (ménopause) فبداهم ان الاستدماء الذاتي الحالي من الخطر تاجع جداً في جميع هذه الحالات وبما ان هذه الخطوة جديدة في فن المداواة رأوا ان نوقف القراء الكرام عليها.

ولا بدّ قبل ذكر النتائج من تبيين الطريقة التي اتبعها هؤلاء المختبرون

لان حسن النتائج مرتبط بها: بدأوا أولاً بجمع عشرين سم^٣ مكعباً من الوريد وحقنوا بها لحة الالية او عضلتها في الحال وكرروا هذه الحقنة كل اربعة او خمسة ايام . والحقن الواجبة لثبات النتائج ست الى عشر ولو بدا التحسن بعد الحقنة الاولى او الحقنتين الاولتين .

غير انهم لخطوا ان هذه الطريقة ليست ناجمة في جميع الحالات فانها قد تحجب فلا تظهر منها اقل فائدة او قد تزول فائدتها بعد بضعة اشهر فتستدعي حالة المريضة اعادتها . ولهذا اختبروا عدة طرق من شأنها اعادة الدم اجنياً واشد فعلاً . وقد اقتبسوا هذا الامر من رافو الذي اشار بحقن دم اجنبي في معالجة الامراض الجلدية تنشيطاً للاستدماه الذاتي . ولا تختلف الطريقة الا بجمع الدم من وريد شخص آخر عوضاً عن جمعه من وريد المريض نفسه وحقن الالية به وقد اشار براتوريوس في السنة ١٩١٣ بالاستدماه الاجنبي الوريدي الذي جنى منه نتائج باهرة في معالجة الامراض الجلدية حتى بعد حقنة واحدة .

والطريقة الثانية هي ان يخالى في جعل الدم اجنياً وذلك بحله في الماء المقطر قبل حقن الالية به . وعشرون ثانية يلامس بها الدم الماء المقطر كافية لبلوغ هذه النتيجة . وتمود الحقنة اشد ايلاماً بعد هذا المزج غير ان الدم يسهل غوره .

والطريقة الثالثة التي يستعملها ترنك في فرنسة باهرة النتائج وهي الاستدماه الذاتي الوريدي بعد اعادة الدم اجنياً بحله في الماء المقطر وذلك ان يكون في الحقنة ماء مقطر قبل استنشاق الدم من الوريد بها فيمتزج به في الحقنة

نفسها ويكفي عادة ٢ - ٣ سم من الماء المقطر لعشرة سم من الدم واما مدة الملامسة فهي عشرون ثانية عدا الوقت الواجب للاستنشاق والحقن واستعمل المختبرون في بعض من الحالات الخاصة عوضاً عن الماء المقطر ماء اورياج (Uriage) المكبرت غير انهم شاهدوا في المرضى بعد الحقن ارتفاع الحرارة الى ٣٨ او ٣٨.٥ وبعض النوافض والغشائات مع ان شيئاً من هذا لم يحدث في الطرق الآتية الذكر .

وفي اطالة فترة الحقن وجعلها ٤ - ٥ ايام خلافاً لوصية رافو القائلة بجعلها يومين فقط فائدة اثبتتها مشاهدات المختبرين . وتجاوز اطالة الفترة اكثر من ذلك كما لو كان الطبيب ينتظر زوال التفاعل الذي احدثته الحقنة الاولى قبل ان يجري الحقنة الثانية

.....

وبعد سرد هذه المقدمة يأتي المختبرون على ذكر النتائج التي حصلوا عليها في مكافحة عقم لم يبدُ سبب ظاهر له .

كانت مشاهداتهم الثلاث الاولى عن نساء فتيات طمشن منتظم راغبات في الامومة ولم يحصلن عليها على الرغم من الوسائل التي استعملنها عولجن بالاستدعاء الذاتي لاصابتهن بداء الدمامل ، والشرى ، والشقيقة فحملن بعد الطمث الاول الذي عقب معالجهتهن بدماهن نفسها وزالت عنهن عوارض الادواء التي عولجن بالاستدعاء لاجلها .

وبعد هذه النتائج الثلاث الحسنة وسع المختبرون دائرة اختبارهم فحققوا ان العقم كان يزول في عدة نساء بعد سلسلة واحدة من الاستدعاء الذاتي

فكن يحملن مرات متتالية غير محتاجات الى اعادة المعالجة وان غيرهن كن يحتاجن الى اعادة الاستدماة في كل حمل وان فئة ثالثة من النساء لم يكن عقبات بل انهن حملن مرة ومررت مدة طويلة على حملن الاول فمولجن بالاستدماة لعودة الحمل .

غير ان المختبرين وقد ذكروا النتائج الحسنة في كثيرات يقرون ان الاستدماة الذاتي لم يأت باقل نتيجة في نساء اخريات . وهذا ما حداهم الى الاستماسة عن الاستدماة الذاتي بالاستدماة الاجنبي بدم الزوج فلم تكن النتائج افضل ، والى اشراك الاستحرار (la diathermie) مع الاستدماة وقد حصلن به على بعض من النتائج الحسنة فان امرأتين عولجتا بالاستدماة الذاتي فلم تحملا وقد حملتا بعد معالجتين بالاستحرار كما ان ثلاثاً أخريات عولجن بالاستحرار ١٠ - ١٥ جلسة فلم يحملن وقد حملن بعد بدء السلسلة الاولى من الاستدماة الذاتي

ولعلم ان الاستدماة الذاتي مفرداً كان او مشتركاً لا يفيد الا متى كانت اسباب المقم محبولة ولم تكن مرتبطة بأفة عضوية . ولا تستعمل هذه الطريقة الا بعد ان تحرى النطف في منى الرجل وبعد ان يعرف ان مفرزات مهبل المرأة ليست شديدة الحموضة وان رحمها غير ملتهبة ولا منعقة انعطافاً شديداً وان عنق رحمها لبس ضيقاً وان تغيرها مفتوحان . فلا بد والحالة هذه من ان يمين طبيب نسائي المرأة ممانية دقيقة وان يكمل معانيته بالتشخيص الليبودولي اذا ما رأى حاجة اليه .

وقد افاد الاستدماه الذاتى فائدة كبيرة في البنات القتيات اللواتى عسر طمهن واختل وغزر ورافقته آلام وصداغ وغثيان وقيء فكانت لا تصنع الحفنة الرابعة او الخامسة حتى يخف النزف الطمى ويزول الالم والدعث الذي كان يتقدم الطمى ويرافقه . وكانت النتائج تتضح في الحالات الاحتقانية المرافقة للطمى : اللقحات الحارة ، وتبدلات الحرارة وسواها فانها كانت تزول في الطمى الذي يلي المعالجة . ولا يخفى ما لهذا الامر من الشأن من الوجهة الامراضية .

ولا يبنى بهذا ان الاستدماه الذاتى ناجع في عسر الطمى على الإطلاق فقد لا يفيد مطلقاً فيه ولكن بما ان الاستدماه خالٍ من الخطر فاذا لم يفد وحده كان في اشراكه مع الاستمضاء (opothérapie) اكبر القوائد سواء اجريت خلاصة العدد او حقنت بها اللعنة .

ولا يفيد الاستدماه الذاتى الا متى خلت الاعضاء التناسلية من آفة عضوية ولكنه يخيب متى كان المبيض كيبساً متصلباً او كان عسر الطمى غشائياً او كان عيب في الرحم او انقلاب فيها او ضيق في العنق ولعلم ان حادثات الاحتقان الموضعي كانت تخف حتى في هذه الحالات نفسها .

وقد افاد الاستدماه الذاتى في بعض من النزوف الناجمة عن الاورام الليفية مع ان الاشعاع لم يشرك معه . غير ان فعله في هذه الحالات نادر ولا يجوز الاعتماد عليه فيها .

....

وبعد ان تحقق فعل الاستدماه الذاتى الحسن في الحادئات الاحتقانية

الرحمة الميضية وجب اختباره في سياق الحوادث الوعائية الحركية الموضعية والعامّة التي ترافق الضهي فثبتت فائدته في جميعها سواء الشخصية منها كاللفحات الحارة والدوار والخفقان ، وحس الانفخام ام المرئية كالتبدل الوعائي الحركي واختلاف الضغط والتزوف الرحمة وهذه التزوف كانت تنقطع كما لو كانت في البنات والنساء الفتيات ولا سيما متى كان حجم الرحم وقوامها طبيعيين حتى انها كانت تحسن ايضاً متى كانت الرحم ليفية كما يقع في زمن الضهي . واذا شدنا ان نجمل بكلمتين فعل الاستدماه الذاتي في سياق اضطرابات الضهي قلنا انه يخفف التشوشات الالية والتزفية ويمحو التشوشات الحركية الوعائية الشخصية منها والمرئية .

واما تأثير الاستدماه الذاتي في هؤلاء النسوة اللواتي بلغن زمن الضهي فتختلف مدته . فقد تكون النتائج قاطعة منذ السلسلة الاولى فلا يحتاج بعدها الى سلسلة اخرى وقد لا يدوم تأثير الاستدماه الا ستة اشهر او سنة واذا ما اعيدت سلسلة ثانية لهؤلاء فلا تفيد فائدة السلسلة الاولى . ولكن اذا اعيد الدم اجنياً وحقن الوريد به عوضاً عن ان يكفى بالاستدماه الذاتي حسنت النتائج .

يستنتج مما تقدم ان الاستدماه الذاتي يؤثر تأثيراً حسناً في التشوشات الطارئة على حياة المرأة التناسلية جميعها ولو اختلفت مظاهرها .

....

ولا يخفى ان جمل العوامل الحقيقية التي تؤثر في احداث النتائج لم يمكن المختبرين من اثبات نسبة مئوية بين ما ينجح منها وما ينجب في النساء

ولهذا لجأوا الى اختبار هذه الطريقة في الفرر، فمالجوا بها ١٣ فرساً اصيلة كانت لا تزال عقيمة منذ عدة سنوات مع انه كان يفزى عليها في الاوقات المناسبة . فعملت سبع منها وسار حملها سيراً طبيعياً ووضعت . والامر الذي يستلفت النظر هو ان هذه الافراس السبع لم يفزَ عليها الا مرة واحدة وذلك في اليوم الذي حقنت به بمشرين الى اربعين سم ٣ من دماغها او من دم الحصان الاجنبي . واما الافراس الست الاخرى فقد كررت حقن الاستدعاء فيها ونزى عليها مرات فلم تحمل . وبعد ان فتحت جثث هذه الافراس تبين ان في اثنتين منها آفات موضعية : في احدهما مبيضان متصلبان كيسيان وفي الثانية التهاب الرحم القبيحي ، فاذا ما حذفنا من الاحصاء هاتين الفرسين المصابتين بآفات موضعية تمنع الحمل قلنا ان الطريقة ناجمة بنسبة ٧ من ١١ من الحوادث .

....

وبعد ذكر ما تقدم من النتائج في السرييات والاختبار يحق لنا التساؤل عما اذا كانت هناك آلية امراضية عامة تربط هذه الحوادث التي تبدو متباينة لان الاستدعاء يفعل في معظمها فعلاً حسناً فهو يقطع النزف الرحمي النزير ويشفي الصداغ المستعصي كما انه ينظم الطمث ويمحو القصات الحارة التي لا تخضع لعلاج كيميائي او استمضائي (opothérapique) ويشفي الشرى وداء الدمامل الناكس ويجلب الحمل الذي كانت تطلبه المرأة عبثاً .

وغير نكثير ان معظم هذه الاضطرابات تحسن باستعمال طرق اخرى : الحقن بالحليب ، والهضمون ، والمعادن الفروية التي تفعل باحداها الصدمة

فلا عجب اذا ما كان للاستدماة الذاتي فعل مشابه باحداثه نوعاً من الصدمة لان الدم بعد استخراجه من العرق وملامسته للمحقنة يصبح آجياً اجنياً .
ويظهر ان دم المريضة نفسه هو افضل آحين اجني لها لانه الاكثر موافقةً لبدنها ولانه يحدث فيها اخف صدمة ممكنة لا تسكاد تشعر بها المريضة غير ان هذه الصدمة على خفتها كافية لاحداث فعلها الدوائي الناجع .
ويظهر ايضاً كما ذكر آتقاً ان الدم يزداد فعله اذا ما اعيد اجنياً باطالة ملامسته للمحقنة بدون ان يبلغ مع ذلك حد التخثر او يحقن دم اجني مأخوذ من شخص آخر او يحل الدم بمقدار من الماء المقطر قبل الحقن به .

واذا ما حللتنا فعل الاستدماة الذاتي تحليل الناقد المجرد خيل الينا ان الصدمة التي يحدثها تؤثر بتفاعل وعائي حركي وعرقى شبه في بعض الحالات بالتفاعل الذي تحدثه الموجات القصيرة والاستحار التي تنشط فعل الاستدماة كما تبين من سياق هذا الكلام .

ولكن كيف يفعل هذا التفاعل العرقى الحركي ؟ أهو تفاعل مقلص للمروق ومخفف للاحتقان مفضٍ الى انقاص النزوف الرحية في بعض الحالات ؟ ام هو على العكس من ذلك تفاعل موسع للمروق يفعل في النفير والميض والرحم ويسهل نضوج البيضة كما يفعل الاستحار نفسه ؟ ان هذه الفرضيات لا تسهل الاجابة الصريحة عنها في الوقت الحاضر .

وهما يكن فيرجع ان الاستدماة يفعل بالصدمة التي يحدثها فاذا شئنا لهذه الطريقة فائدة كان علينا ألا نقلل مقدار الدم عن عشرين سم^٣ وان نبعد فترات الحقن . ولا يشذ عن هذه القاعدة الا معالجة المقم في المرأة

والقرس التي يجمع الاستدعاء فيهما بعد الحقنة الثانية حتى بعد الحقنة الاولى كما
تحقق المختبرون الامر في القرس .

....

فطريقة كهذه خالية من الخطر وناجعة في كثير من اضطرابات الحياة
التناسلية في المرأة منذ بلوغها الى ما بعد ضهاها الجديرة ان تحتل مكاناً رفيعاً
في فن المماثلة الحاضر

م.خ.٠



تحليل بعض من مركبات الارسانوبنزول

قام بهذه التحاليل مستوصف الدولة المختص بتحريات مبحث
الادوية وفن المداواة وقد نشرت في مجلة المستوصف (١)
الذي يديره عدد من مشاهير الاطباء والكيميائيين (٢)

نوفارسانو بنزول بيون «Novarsénobenzol Billon»

المستحضر هو شركة النشر الكيميائي الباريسية (سباسيا)
التركيب بحسب المستحضر: ديوكسي ديامينو ارسنو بازان ماتيلان سولفوكسيلات
الصوديوم
قد استخدمنا في هذا التحليل حباباً في كل منها ٠.٦٠ سنتيغراماً من المحضر.

نتيجة التحليل الكيميائي: حباب (امبولات) مفرغة فيها مسحوق اصفر
فاقم دقيق غير ملتصق بالزجاج يتبدل وزنه من ٦٠٢ - ٦١٢ ميليغراماً.
وقد كانت جميع النواتج مرضية بما يتعلق بالتفاعلات الكيفية المذكورة
في دستور الادوية النيرلندي في الفصل ثابوارسفانامينوم وبمقد ان دفنت
الحباب ٢٤ ساعة بحرارة ٥٦ مئوية لم يبدُ اقل تبدل في اللون او في
انحلال المحضر.

وكانت نتائج التحاليل الكمية للنواتج الثلاث كما يلي :

(١) تقارير نشرت في الجزء ٢٩ سنة ١٩٣٦ من «Nederlandsch Tijdschrift

voor Geneeskunde» - III جزء ٣٤ - ٢٢ آب سنة ١٩٣٦

(٢) اجري اعضاء الادارة والمعاونون الثابتون هذه التحريات المختلفة الدكتور
L. W. Van Esveld للتحريات مبحث الادوية وفن الجراثيم والدكتوران A. Harmsma
et M.O. Mars للتحريات الكيميائية والصيدلانية والنباتية . ايلر سنة ١٩٣٦

Hugo de Grootstraat 32

٢٧٥٦٩	٢٧٦٢٥	٢٧٧٦٦ D	
% ١٩,٨	% ١٩,٥	% ١٩,٦	زرنخ بموجب دستور الادوية النيرلندي
غرام واحد من المحضر يستدعي ٩٠٧ من اليود	—	غرام واحد من المحضر يستدعي ٩,٢ سم ^٣ من اليود	الزرنخ السهل كشفه بموجب D.M. (القرار ١٤ صفحة ١٨٨)
—	الفرق لغرام واحد من المحضر ١٠,٢٨ من اليود	—	المعاصرة بالكحول الماتيلي. الرسالة الخامسة الصفحة ١٤
% ٣١٧٠	—	% ٣,٥٢	المعاصرة ب N (بحسب دستور الادوية البلجيكي)
٥١٣٥	—	٥,٥٧	$\frac{As}{N}$
% ١٠١٢	% ١٠,٦	—	مجموع الكبريت (القرار ١٤ الصفحة ١٨٧)
—	—	٥٧,٢	P.R.V. بموجب الدستور البلجيكي

النتيجة : ان النواتج المقدمة للتحليل متوفرة فيها جميع شروط النقاوة

المفروضة في دستور الادوية النيرلندي في الفصل ثاير ارسفامينوم وتتوفر

فيها ايضاً الشروط المقتضاة في دستوري الادوية البلجيكي والفرنسي ..

التحريات الحيوية : نشر روتر موندت (في المجلة Deutsche Medizi

nische Wochenschrift الجزء ٣٠ الصفحة ٩٢ السنة ١٩٣٥) نتائج تحرياته عن سمية عدة

مشتقات ارسانو بنزولية وعن فعلها الدوائي وقد كان لهذه النشريات (١) دوي عظيم

(١) (A.Zironi, Bolletino de l' Instituto Sieraterapico Milanese 1935 n° 2

M. Rothermundt, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1935

n° 16 page 647 et n° 28, page 1131)

قد اختبر روترموندت في مستوصف جورج سباير هوس في فرانكفورت حيث تُراقب منذ السنة ١٩٢٦ جميع مستحضرات هذا المستوصف الارسانوبنزولية بحسب مقتضيات الحكومة الالمانية . عدداً من المستحضرات الاجنية

والنمونات التي تناولها الاختبار واشتمل عليها تقرير روترموندت المذكور آنفاً هي هذه : نوفوستاب (Novostab) (انكليزي) نوفارسانوبنزول « بيون » ورودارسان (Novarsénobenzol «Billon» et Rhodarsan) (افرنسيان) رافيفال (Revival) (هنغاري) نابوزلوتن (Néosalutan) (ايطالي) ارسابانيل (Arsébényl) (بلجيكي) نابو ايا كول (Néolacol) (ايطالي) نابوسبيرول (Néospirol) (اسباني) نابوكراميزول ونابوتوفرسان (Néokramisol et Néotonvarsan) (يابانيان) نوفارسنول ونوفوسلقرسان (Novarsénol et Novosalvarsan) (روسيان)

فكانت النتيجة ان بعضاً من هذه المستحضرات لم تتوفر فيه الشروط المقترضة بما يتعلق بسمية العلاج وقيمتها الدوائية والبعض الآخر لم يتوفر فيه بعض هذه الشروط فقط ولهذا لم يسمح ببيعها في الاسواق الالمانية .

وقد انهى المقرر تقريره بهذه الفقرة التي تسلفت الانظار : « بما ان الاسواق الالمانية لا تُقبل فيها الا المستحضرات الارسانوبنزولية المتوفرة فيها جميع الشروط الرسمية والممتازة لمجودتها من الوجهة السريرية فلا عجب اذاً ما احتلت المركبات الارسانوبنزولية الالمانية على الرغم من شدة المضاربة القائم الاول في العالم قاطبة . »

يفهم من تحريات روترموندت انه اذا استثنينا النيوسلفرسان الالماني فليس سواء مركب ارسانوبنزولي يستحق الثقة في العالم وهذا ما دعا مستوصفنا الى تحليل بعض المشتقات الارسانوبنزولية غير الالمانية لمراقبة سميتها وفعلها العلاجي وقد بدأ بالنوفارسنوبنزول « يون » الذي تستحضره شركة النشر الكيميائي الباريسية سباسيا (بولتك اخوان . دعامل الرن) ؛ وهذا المستحضر الذي حلل منه روترموندت عدة مخونات كثير الاستعمال كالنيوسلفرسان الالماني والنيوترا برسانان الذي تستحضره معامل كلان ، في هولنده في هذه السنوات الاخيرة ولا سيما في الهند النيرلندية

وقد حللنا علاوة على النوفارسنوبنزول « يون » رقم ٢٧٥٦٩ و ٢٧٦٢٥ و ٢٧٧٦٦ ، النيوسلفرسان V H B U ذا الرقين ٢٤٧٢٣٢٠ و ٢٤٦٧٠٢٠ وقابلنا هذه المستحضرات مع المستحضر القياسي الدولي وسنذكر نتائج هذه التحريات بعدئذ .

السمية بالفئران : اجري اختبار السمية بحسب الطريقة الانكليزية وقد استعملنا في سلسلة اختباراتنا الاولى كل مرة ثلاث حباب مختلفة من المحضر القياسي او من النوفارسنوبنزول فكنا نحقق به الوريد ثلاث مرات امشر فئران . وكان وزن الفئران المختبر بها من ١٨ - ٢٠ غم فالوزن الوسطي هو ١٨ غم وكانت كثافة المحلول ٢ / ٠ . والمقدار المحقون به ٠.٣٨ من المليغرام لكل غرام من وزن الفأرة او ٧٢٠ مليغرامات لكل فأرة اذا اعتبرنا ان وزن كل فأرة منها ١٩ غراماً وكانت مدة المراقبة ثلاثة ايام .

فتكون قد حققنا بكل محضر ثلاثين فأرة فأتت من هذه الفئران البدء التالي :

المحضر القياسي	٦٣ ٪
يون رقم ٢٧٥٦٩	٥٧ ٪
يون رقم ٢٧٦٢٥	٥٠ ٪
يون رقم D ٢٧٧٦٦	٢٠ ٪

وبما ان الغاية من اختبارات السمية هذه ان يكون معدل الوفيات في المحضر القياسي زهاء ٥٠ ٪ فقد خفضنا المقدار المحقون به وجعلناه ٠,٣٥ من المليغرام لكل غرام من وزن القارة فكان عدد القتران الميتة كما يلي :

المحضر القياسي	٤٠ ٪
النيوسلفرسن ٢٤٧٢٣٢٠	٢٠ ٪
النيوسلفرسن ٢٤٦٧٠٢٠	٤٠ ٪

فلم تتجاوز سمية كل من المحضرات المقعوصة سمية المحضر القياسي لا بل قد ظهر ان « يون » D ٢٧٧٦٦ والنيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠ اقل منه سمية .
السمية بالجرذان : ثم اختبرت هذه المحضرات بجرذان تزن ١٠٠ - ١٥٠ غراماً فحقن لكل ١٠٠ غرام من وزن الحيوان ٢٢,٥ مليغراماً من محلول نسبته ٥ ٪ حقناً ورديدي وجعلت مدة المراقبة ستة ايام واستخدم خمسة جرذان لكل محضر كما يصنع عادة فئات من هذه الحيوانات بعد استعمال هذه المحضرات المدد التالي :

المحضر القياسي	٤٠ ٪
يون ٢٧٥٦٩	٤٠ ٪
يون ٢٧٦٢٥	٦٠ ٪
يون D ٢٧٧٦٦	٢٠ ٪
نيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠	٢٠ ٪
نيوسلفرسان ٢٤٦٧٠٢٠	٤٠ ٪

فامن واحد من هذه المحضرات كان متصفا بسمية خاصة نحو الجرذان ولا يجوز لنا ان نستنتج ان سمية « يون » ٢٧٦٢٥ كانت كبيرة لان نسبة الوفيات فيه قد بلغت ٦٠ /

الفصل الدوائي في القتران: اجريت هذه التحريات في قتران لقتت بذرية من المتعجات (ناغانابروفازاك) بحسب الطريقة الالمانية وهذه الذرية هي ما استعملها مستوصف جورج سبار هوس في اختباراتهِ وقد لُقِّح بهذه الذرية كل يومين من فأرة الى اخرى فكان التعفن بالمتعجات يحصل بانتظام كل مرة . وكانت الفأرة التي لا تماالج تموت في ثلاثة الى اربعة ايام في مائة من مائة من الحوادث

ثم ان سلسلة من القتران وزن كل منها زهاء عشرين غراماً عفنت في يوم معين بدم مأخوذ من قتران معفنة منذ يومين وروقت في اليوم الثاني درجة عفونة هذه الحيوانات فكانت درجة العفونة هذه في جميعها متعادلة دائماً لا تختلف عن ١٤ - ٢٦ متمجة في ٤٠ ساحة مجهرية بشكير ٤٠٠ مرة . فاستعملت المعالجة حيثئذ مع ما يسميه الالمان التعفن الايجابي بمشر متعجات الى اربعين متمجة في ٤٠ ساحة مجهرية . وبعد تحقق ما تقدم حققت القتران باسم ٣ من محلول مخفف مأخوذ من المحضرات المختلفة . فينت الاختبارات الاولى ان المحاليل المختلفة من بيبي الى بيبي كانت تشفي هذه الحيوانات فكانت القتران جميعها تعيش سليمة . وقد روقت هذه الحيوانات عشرة ايام متوالية فكانت تماين من كل متناً ٤٠ ساحة مجهرية في اليوم . ثم استعملت

في الاختبارات التالية محاليل نسبتها $\frac{1}{16000}$ و $\frac{1}{18000}$ وكانت تحقق بكل من هذه المحاليل ثلاث قتران فتكون قد روقت جميع هذه المستحضرات عدة مرات الا النيوسلفرسان ٢٠٠٢٧٤٢٦

والجدول التالي يبين عدد القتران التي شفيت في كل من الزمر الثلاثية ونسبة المحلول المستعمل في معالجتها. فرقم ٣ معناه الشفاء مائة بالمائة ورقم ١ معناه شفاء ٣٣٪ والخط - معناه ان المعالجة لم تجر بالمحلول المخفف المذكور.

التخفيف	الحضر القياسي	يون ٢٧٦٢٥	يون ٢٧٧٦٦ D	يون ٢٧٥٢٩	نيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠	نيوسلفرسان ٢٤٦٧٠٢٠
$\frac{1}{18000}$	١	—	٠	١	٢	٢
	٢	٣	٢	١	١	—
$\frac{1}{16000}$	٠	٣	٢	١	٢	—
	٢	—	٠	٣	١	—
	٢	—	—	—	٣	٢
$\frac{1}{12000}$	٣	٣	٣	٣	—	—
	٣	٣	٢	٢	—	—
	٣	—	—	—	٣	—
$\frac{1}{8000}$	٣	٣	٣	٣	٣	٣

فاذا احصينا عدد القتران التي شفيت بهذه المحاليل المحففة الى اقصى حد $\frac{1}{18000}$ و $\frac{1}{16000}$ رأينا ان العدد في الحضر القياسي هو ٠ وانه في الحضر

(يون D ٢٧٧٦٦ و ٢٧٥٦٩ أربعة وستة وانه في النيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠ ستة أيضاً في كل مرة على مجموع ١٢ فأرة حققت بهذه المحاليل فالحيوانات الستة التي حققت بمحاول من يون ٢٧٦٢٥ نسبته $\frac{1}{16.000}$ و $\frac{1}{18.000}$ شفيت جميعها فيكون الفعل العلاجي لهذا المحضر اشد من المحضر القياسي يدان النيوسلفرسان ٢٤٦٧٠٢٠ اذا ما اعتمدنا على اختبار واحد لسكل من المحاليل التي نسبته $\frac{1}{8.000}$ و $\frac{1}{13.000}$ و $\frac{1}{18.000}$ يبادل فعله فعل المحضر القياسي فقط يستنتج من هذه الاختبارات المذكورة آتياً ان جميع عموئات النوفارسنوبنزول يون والنويسلفرسان المفحوصة توفرت فيها جميع الشروط المطلوبة بما يتعلق بالسمية والفعل العلاجي . فلانما يمنع من جهة الخبر استعمال هذه المحضرات في التجارة كمشتقات ارسانوبنزولية متعادلة القيمة .

فاذا كانت جميع عموئات النوفارسنوبنزول يون اكثرها التي فحصها روترموندت قد رفضت فانتا نرانا مضطرين ان نقابلها بالتأنج التي حصلنا عليها باختبارنا ثلاث عموئات اخذناها صدفة فكانت جميع المقتضيات والشروط متوفرة فيها .

وتصعب علينا معرفة الاسباب التي افضت الى هذا الفرق في نتائج التحريات المجرة ولسكننا نستتابع اختباراتنا على المشتقات الارسانوبنزولية مؤملين في المرة القادمة التعمق في هذه المسائل التي طرحت على بساط البحث .

تبدلات المائع الدماغى الشوكى الكيساوية

فى عقب العمليات

ان درس التبدلات العديدة التى تطرأ على الاخلاط . والنسج فى عقب العمليات الجراحية حدث لريش ودوفال الى تسمية هذا الدور « الداء البضعى » وتظهر هذه التبدلات فى دم الموضع لوبوله او بهض من نسجه وكانت التحريات مقتصرة الى بضع سنوات خلت على درس هذه الاخلاط وما يطرأ عليها من التبدلات حتى قام تسوفارو وتايدودورسكو من بوخارست بدرس المائع الدماغى الشوكى درساً كيمياوياً دقيقاً فبين لهما على الرغم من صعوبة هذه التحاليل فى الموضعين ان التشوشات المصية تحل المكان الاول فى الدور الذى يعقب العمليات سواء أ بسرعة ظهورها او بتواتر هذا الظهور .

وتستتج من هذه التحريات النتائج التالية :

ان الكلورور ينقص فى المائع الدماغى الشوكى وان كثيرات المضمونات (les polypeptides) والبسكر يزداد فيه ، وان التبدلات ذاتها تطرأ على دم الموضع حيث تكون اشد وضوحاً فان كلورور دمه ينقص وكثيرات مضموناته وسكره تزداد . ومصدر هذه التبدلات الكيساوية الطارئة على المائع الدماغى الشوكى هو العملية نفسها وليس دور المخدر والآفة التى

استدعت العملية الجراحية الا دوراً ثانوياً بالنسبة اليها . واذا اجلنا هذه التبدلات قلنا ان التبدلات التالية تطرأ :

أ — على الدم :

- ١ — فان حجمه ولا سيما جزءه السائل ينقص
- ٢ — والضغط الشرياني يهبط
- ٣ — وعدد الكريات الحمر ينقص وعدد الكريات البيض والصفائح يزداد .

٤ — والمواد المضوية اجمالاً تزداد فى الدم فينجم عن ازديادها ازدياد بولة الدم وسكره وكثيرات هضوماته والخلج .

- ٥ — ان المواد المعدنية تنقص فيه: الكلورور والفسفات والكلس
- ٦ — ان الاحتياط القلوى ينقص .

ب — على البول :

- ١ — ان طرح المواد المضوية يزداد فى البول
- ٢ — ان المواد المعدنية تنقص فيه

ج — على النسيج :

١ — ان المواد المعدنية تزداد زيادة كبيرة فى حذاء بؤرة العملية فان الكلور يكاد يتضاعف وان نسبة الماء ترتفع ايضاً فتبدو الوذمة .

٢ — ان هذه المواد المعدنية نفسها تنقص فى نسيج العضلات والكليتين والكبد .

٣ — ان كثيرات الهضومات تنزو الرئين فتقف فهما ريثما تبدل

محدثة فيها احتشاء وسكتة .

د - على المائع الدماغى الشوكي

تطراً تبدلات عدة فتمثل بمظاهر سريرية عديدة يستطيع اجمالها بثلاثة او اربعة تناذرات :

١ - التناذر العصبي الذي يكثر حدوثه ويبكر ظهوره حتى انه قد يبدو بعد العملية يوم او يومين او ثلاثة ايام وهو يتمثل بشكلين متفاوتي الخطر : الشكل السليم الذي لا يكاد ينبو منه مبضوع وعلاماته الوهن العصبي والذهول والحمول وحالة الثنيان والصداع او الاضطراب الخفيف ، والاختلاجات الضئيلة ، وحس الاختناق . وهبوط الضغط الشرياني القليل ، والشحوب ، والهذيان والارق والخ...

والشكل الوخيم الذي قد يكون مميتاً متى طغت السعوم الذائبة الآتية من بؤرة العملية على المحور العصبي فوققت وغاثف الخلايا المصبية وقوفاً فجائياً (الصدمة المصبية ، السباب)

٢ - التناذر الهضمي الذي يبكر في الظهور ايضاً ويفوق التناذر الاول وضوحاً . ويتمثل بشكلين : بشكل سليم متعصف يتشوشات هضم خفيفة تبدو في الايام الاولى بعد العملية ولا يكاد يخلو منها مبضوع وهي اقباء متوارة وزافرة وتقبل بطن ووقوف غازات وانقباض اسدير الوجه وبشكل وخيم قد يقضي الى الموت متى بلغ قصور الكبد التي كانت متأذية قبل اجراء العملية درجته القصوى .

٣ - التناذر الدوراني قد يبكر ايضاً في الظهور . ويبرز الوهط في

مشهده بروزاً جلياً . فالزلة شديدة والنض مسرع لا يكاد يمد والضغط الشريانى هابط والاطراف باردة والتعب بالغ اقصى شدته . ولكن القلب على الرغم من كل هذا منتظم . وقد عرف الجراحون هذا التناذر منذ زمن بعيد .

٤ - تناذر التنكيت (desassimilation) وتأخر ظهوره فى الغالب فان اجفاف (deshydratation) البدن الذى ينجم عن الانسحاب البضمى من جهة وعن نقص تغذية الموضوع من جهة ثانية ينم عليه جفاف اللسان والجلد والاعشى المخاطية وقلة البول والوهن العام والهزال وخفة حجم المضلات والمخ . .

وهذه التناذرات يشتبك بعضها بالمعض الآخر غير ان احدها يتغلب ويبرز فهل من علاقة بين تبدلات الدم والمائع الدماغى الشوكى الكيماوية وهذه التظاهرات المعصية السريرية ؟ ان الاجابة عن هذا السؤال متعذرة قبل الوقوف على المبادلات الطبيعية بين الدم والمائع الدماغى الشوكى

ان تذيبن الدم (toxémie) فى عقب العمليات او بمباراة اخرى جريان محاصيل تجزؤ الانسجة الناجمة عن بؤرة العملية فى الدم لا يظل مقتصر على الدم فقط بل يمتداه الى الاحشاء كافة . ويشترك فيه المائع الدماغى الشوكى الذى يختار من سموم الدم المواد الهيولية والمعدنية فبعد ان تسير موجات هذه المنحلات النسيجية من الجرح العملى وتنقشر فى البدن تتغلب على مصافى الاعضاء المقرفة او المبدلة التى توقها (الكبد ، الكلية ، الرئة) وعلى السد الدموي السحائى بالخاصة .

من المعلوم ان هذا السد الدموي السحائي الدماغي يمنع في الحالة الطبيعية مواد الدم عن المرور الى المائع الدماغي الشوكي ولا يسمح الا لكميات ضئيلة من بعضها بالمرور . فلا عجب اذا ما بقي الكثير من المواد التي يحقن بها الوريد فيه غير قادر على اجتياز هذا الحاجز .

فان بين بولة (urée) الدم وبولة المائع الدماغي الشوكي ارتباطاً وثيقاً فبولة المائع ٢٥٠ في لتر منه وبولة الدم ٢٠ - ٤٠ في الحالة الطبيعية ومتى ازدادت بولة الدم فجأة بعد العمليات الخطرة ازدادت بولة المائع ازدياداً تدريجياً وبطيئاً .

واما مزور كثيرات الهضموئات فاصعب ولعل السبب جسامه ذراتها ففي المائع الدماغي السليم لا يكاد يظهر اثر لهذه المواد بيد ان كيتها في لتر من الدم تحول بحسب المؤلفين من ١ - ٦ ستغرامات . ولكن متى ازدادت كثيرات الهضموئات فجأة في الدم بعد البضع تغلبت على الحاجز السحائي ودخلت المائع ولا سيما متى لم تفرغها السكلية او لم تبدلها الكبد المتأذيتان . وينسب عدد من المؤلفين نقص بالذكر منهم فيسنجر وميشو وهارين التشوشات المعصية الى هذه السوم .

وما يقال في بولة الدم يقال في سكره فان معدل السكر في المائع الدماغي السليم يتبدل من ٤٥ - ٨٠ في اللتر وسكر الدم من ٧٥ - ٢٠٠ . ومهما يكن فسكر المائع اقل دائماً من سكر الدم .

ونذكر من المواد المعدنية ايضاً الكلورور الذي ينقص معدله في الدم والمائع الدماغي الشوكي في الوقت نفسه

ومن الاسباب التى تؤثر فى ضعف هذا السد وسهولة اختراقه نقص جزء الدم السائل الذى يخفض الضغط الشريانى .

ونقص الدم الذى اعلتوه فى عقب العمليات فهو يسهل للمواد نظيرة الغراء اختراق السد .

وقصور الكبد والكلىة الذى يسهل للمواد السامة المرور للمائع الدماغى الشوكى .

والركود الوريدى العام الذى يكثر حدوثه فى عقب العمليات فهو يؤثر فى ضغط المائع الدماغى الشوكى نفسه .

ويظهر ان لسن الموضوع بعض التأثير فالحداثة سبب مؤهب ولهذا كانت الموارض العصبية فى عقب العمليات أكثر ظهوراً فى الاطفال منها فى المسنين وصفوة القول ان المبادلات بين الدم والمائع الدماغى الشوكى بطيئة وان المواد السامة ليست سواء فى المرور فبعضها يسهل مروره والبعض الآخر يتعسر ومتى مرت هذه السموم الى المائع الدماغى الشوكى كان انطراحامته ابطأ من انطراحاها من الدم .

فاستناداً الى ما تقدم نقول ان تبدلات الدم الكيماوية بعد البضع مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتبدلات المائع الدماغى الشوكى الكيماوية وان هذه التبدلات هى سبب الموارض العصبية التى تبدو فى «الداء البضمي» فالظواهرات العصبية السريرية ليست والحالة هذه الا دليلاً على التبدلات الكيماوية الطارئة على المائع الدماغى الشوكى فهي مرتبطة بها ارتباطاً السبب بالمسبب .

النتيجة : ان المؤلفين الرومانين بالتحليلات الكيميائية التي اجريهاها على المائع الدماغى الشوكى مكنا المختبرين الذين كانوا يكتفون بتحليل الدم والبول من فهم « الداء البضعى » فهماً اجلى .

وان التبدلات الكيميائية التي تطرأ على المائع الدماغى الشوكى في عقب البضع موافقة للتبدلات التي تطرأ على الدم والبول فهي عبارة عن ازدياد كثيرات الهضومات والسكر ونقص الكلورور .

وان التناذر العصبي الذي يبدو في الداء البضعى ليس الا مظهراً سريراً لهذه التبدلات الطارئة على المائع الدماغى الشوكى .

وان الجراح يقتبس من معايرة بعض من هذه العناصر العضوية والمعدنية في المائع الدماغى الشوكى بعد العمليات معلومات مفيدة .

م . م .



طريقة جديدة في معالجة التهاب الشريان الساد

يتصف التهاب الشريان الساد بآلام حادة مستعصية فلا عجب اذا ما جربت في معالجته وسائل مختلفة .

وصف شاركو هذا الداء للمرة الاولى في السنة ١٨٥٨ وكان قد سبقه الى وصفه في الحصان الطبيب البيطري بولاي في السنة ١٨٣١ والالم هو العرض البارز الذي يمتاز به مشهده السريري في جميع الحالات وهذه الآلام متقطعة في بدنها ثم تمود متواصلة

فالآلم المتقطع هو آلم الجهد يبدو تارة بثقل خفيف ومذل ومعمل في الطرف وطوراً بجمصٍ واقْتِئال مؤلم فيه وآلم شبيه بشدٍّ ملزمة يسمر المريض في مكانه ويَزول هذا الآلم بزوال الجهد ويمود بعودته . والتنجوات الشريانية في هذا الدور قصيرة

والآلم المتواصل هو آلم الراحة هو آلم قعر الدم الموضعي الذي يعم الطرف متى اكتمل الضيق .

ولنذكر ايضاً الآلم الذي قد يظهر متى انسدت الشريان انسداداً فجائياً . وقد جربت في معالجة هؤلاء المرضى والتخفيف عنهم معالجات شتى اذا ذكرنا بعضها فقط جعلنا في المقدمة الاستحراق (diathermie) والموجات القصيرة والاستشعاع (l'actinothérapie) والاشعة تحت الاحمر ، والتيارات البطيئة التواتر واشعاع الكظرين (les surrénales) بالاشعة المهبولة والحقن

بالاكسجين المشع (radio-actif) وقطع الودي حول الشريان وحقن العضلات بالاساكولين واستشعال الكظر الايسر غير ان جميع هذه المعالجات لم تقترن بنتائج ثابتة .

ويظهر ان المعالجة القضي الفعالة هي ازالة السد الحائل دون جريان الدم غير ان رفعه لا يزيل آفات التليف او الاستحالة الكلوية او الكولسترينية التي بدت في الشريان المتهب التهاباً صريحاً . ويستطاع مع ذلك تنشيط الدوران في المروق المحيطية والمتفجرة بالشريان الضيق ، هذه المروق التي لم تعد لها اصابها من الاستحالة او من التشنج المرافق للانسداد ، كافية لتموين الطرف بالدم .

وقد استبطلت حديثاً في اميركة طريقة جديدة لتنشط هذا الدوران المحيطي قوامها احداث تناوب ضغط وانخفاض حيث الشريان الضيق فيكون بمثابة تمرّخ يسهل به الدوران .

وخير ما يجب صنعه في حالة كهذه ان تكون تبدلات الضغط مواءمة لنظم القلب غير ان الضرورة قصت لاسباب آلية ان تكون هذه التبدلات في الآلة المستنبطة ارباعاً فقط في الدقيقة .

وقد جربت هذه الآلة في عدد من التهابات الشريان السادة فاقتربت بنتائج حسنة .

لنعمل هذه الطريقة بطريقتين مختلفتين : اتنا نعلم ان حركة الشرايين والشريانات خاضعة لجهود عصبيين احدهما مركزي دماغني شوكي والاخر محيطي فيستعمل عن المراكز .

فاذا ما نبه هذا التمريح الوعائي المنفعل الحركة المحيطية في التفرعات والتفاغرات الشريانية التي كانت قاصرة عن سوق الدم الكافي للطرف زادت كمية الدم وبدأت فائدة هذه الطريقة . ولعل خفض الضغط تحت المائقي يدعو الدم الى تلك التاحية اكثر من تنبيه الحركة في الشرايين لان الحركة الشريانية تكون في الغالب زائلة في المتصلة شرايينهم . وشرعية بويسل اشهر من ان تذكر فان جريان السائل في انبوب صلب تابع لهبوط ضغط هذا السائل حين اجتيازه للانبوب . فاذا ما انخفض الضغط في اطراف الشرايين او في حذاء الاوعية الشعرية كان منه نشاط الدوران الدموي في الشريان الاساسي ولو زالت منه حركته المحيطية .

وقد استعملت هذه الطريقة في عدة حوادث من التهابات الشرايين السادة فكانت نتائجها حسنة : زالت الآلام في جميعها وعلت الحرارة ٥-٦ درجات وكثيراً ما استعاد الطرف وظيفته .

وذكر ريد الذي درس هذه الطريقة درساً شافياً ٦٩ حادثة فكانت النتيجة ان علت الحرارة الموضعية في اليوم بعد استئصالها ثلاثة اسابيع وزالت الآلام بعد ٢٥ جلسة (وقوام كل جلسة عشرون دقيقة) اجريت في خلال اسبوعين . واستمرت الآلام في مريض واحد فقط ثلاثة اشهر من استئصالها وقد ثبت بعدئذ ان هذا المريض كان مصاباً بهشاشة عظم (osteoporose) الظنوب وان آلامه كانت ناجمة عنها وليس عن نقص الدوران في الطرف . وستفتح هذه الطريقة باباً جديداً لمعالجة آفات الشرايين المحيطية على انواعها . وتحسن تجربتها في داء فولكلمن (فقر الدم الموضعي)

وفي تشوشات الدوران التالية لربط جذع شرياني وفي تشنجات الشرايين والحن.
وتعد هذه الطريقة معالجة تجريبية في حالات الانسداد التشنجي شديدة
بمقام بابنسكي الحار .

ولا تزال الحوادث المعالجة بها قليلة حتى الآن فلا يستطيع ابداء رأي
قاطع فيها غير ان ما عولج بها يشجع المختبرين على متابعة اختباراتهم .

م.م.م



الشباب والاشباب

(٤)

عمل النهضة في الانسان واثرها في جسم وعقله

للعلیم الاستاذ شوكت موفق الشطي

عمل الانسان على إطالة الحياة منذ تكامل ادراكه ورأى الموت امامه
يفر فاه فيتلع المدد العديد من ابناء هذه البشرية فكان يمد الى امور شتى
لا يلبث المستقبل ان يبين فسادها واذا تصفحنا تاريخ هذه القضية التي نحن
بصددها واعني بها محاربة الشيخوخة رأينا ان عدداً من التوابخ استلوا سيف
الجهاد العلمي فتركوا اراً لم تلبث ربح التحقيق ان عصفت عليه ففنته ولا يزال
الناس يتساءلون هل ثمة من الوسائل ما يجعل امد الحياة طويلاً وهل وجد
العلماء لتجديد الشباب سيلاً .

يصعب في حالة العلم الحاضرة ان يجاب عن هذين السؤالين لان كنه
الحياة لم يحل بعد وامر الروح ما زال سرّاً غامضاً وسوف يبقى في اعتقادنا
لنزام ادمت الحياة على وجه الكرة كما جاء في القرآن الكريم : «يسألونك
عن الروح قل الروح من امر ربي»

على ان حل قضية الاشباب وسبر غورها مرتبطان بجواهر الحياة والروح
لذلك كان البحث في هذا الامر والتنقيب فيه والاجابة عن هذين السؤالين

امراً مقدراً . ولما لم يستطع الباحثون ايضاح ذلك وجَّهوا ابحاثهم شطر الاسباب التي تحدّد عمر الانسان وتؤجّل ظهور امارات الهرم وقد اشرنا في المقالات السابقة عن الاسباب التي تحدّد عمر الانسان وابنا ان منها ماهي باطنية ومنها ماهي خارجية اما العوامل الباطنية فلا سلطة لنا عليها اليوم وقد يكشف في القد ما ليس في الحسبان على ان العلماء بعد ان عرفوا ما للفراثيات من الشأن في حفظ قوة الانسان سموا الى انجاذ وسائل تتجدد الفراثيات في الخلايا الشبيخة وقد توصلوا الى ان يهبوا للخلايا وسيلة تساعد على التكاثر وما ينشأ عنه من ا. كتيب البسج والاعضاء الشبيخة قوة ونشاطاً يفتيانها . وقد توصل العلماء الى تحقيق شغل من هذه الفكرة بطرائق خاصة يستند معظمها الى تضريح الجسم بحاثات (هورمونات) تفرزها الغدد التباسلية او الاعضاء الغدية ومن هذه الطرائق طريقة براون سيكار وعمليات فيوردونوف وشيتناخ ودوبلر الجراحية .

طريقة براون سيكار

اجرى العالم المذكور سنة ١٨٩٩ اختباراً على نفسه كان له دوي هائل في الاندية الطبية والصحف العلمية والجرائد اليومية فأسال المداد ونوّد كثيراً بين الصفحات واصبح في حين من الزمان شغل العلماء الاحيائيين الشاغل . وخلاصة هذا الاختبار ان براون حقن نفسه لما كان له ٧٢ سنة من العمر بمصير الحصى فشعر اثر ذلك بنشاط في قواه وفي فريزته الجنسية وهذا ذكره في محاضراته ما توصل اليه فاقصّب ذلك ذبوع هذه الطريقة

بين عدد كبير من الشيوخ ولجأ الى الاستشباب بها وهبط عظيم منهم غير
انهم لم يجدوا فيها ما يسلي عزائمهم فأهمل شأها .
هذا وان كان اختبار براون سيكار لم يحقق الغاية ولم ينل الارب
الا انه نبه العراثرين والاطباء الى عمل الغدد الصم الحيوي والى تأثير الحانات
فانجحت الافكار الى الاستعضاء (opothérapie) وبشت من جديد هذه
الوسيلة التي كان لها شأن كبير في القرون الوسطى ومقام عظيم في الطب
التقديم وقيل منذ ذلك الحين بالافراز المحصوي الداخلي .

رأي اطباء العرب وعلمائهم في عمل الغدة في الجسم

ذكر هذا التأثير اطباء العرب وعلمائهم في كتبهم حتى ان الجاحظ
بحث في كتابه الحيوان عن الحشاء وما يقتري الانسان وبعض الامم (اجناس
الحيوان) بعده بحثاً مسبباً ثقل طرفاً منه :

كل ذي ريش متنته . وقيل ذي دفر (١) وصنان وكره المشمة كالنمر
وما اشبهه فانه متى خفي قمص تنه وذهب صنانه غير الانسان فان الحصى
يكون اثنان وصنانه احد ويصم ايضاً خبث الرق سائر جسده حتى لتوجد
لاجسادهم رائحة لا تكون لغيرهم فهذا هذا وكل شيء من الحيوان يخفي
فان عظمه يدق فاذا دق عظمه استرخى لحمه وتبرأ من عظمه وعاد رخصاً
رطباً بعد ان كان عضلاً صلباً والانسان اذا خفي طال عظمه وعرض فخالف .

(١) الدفر من دفر الشيء دفرأ اتدغ ويحه والدفر على وزن فلن اسم منه .

ايضاً جميع الحيوان من هذا الوجه وتعرض للخصيان ايضاً طول اقدم واعوجاج في اصابع اليد والتواء في اصابع الرجل وذلك من ابل طعنهم في السن وتعرض لهم سرعة التغير والتبدل وانقلاب من حد الرطوبة والبضاضة وملاسه الجلد وصفاء اللون ورقته وكثرة الماء وبريقه الى التكرش والكمود والى التقبض والتحدد والى الهزال وسوء الحال .

والخصي لا يصلح كما لا تصلح المرأة واذا قطع المصو الذي كان به فقللاً تاماً اخرجته ذلك من اكثر معاني الفحول وصفاتهم واذا اخرجته من ذلك الكمال صيّرهُ كالبنل الذي ليس هو حاراً ولا فرساً تصير طباعه مقسومة على طباع الذكور او الانثى وربما لم يخاص له الخلق ولم يصف حتى يصير كالخلق من اخلاق الرجال ويلحق بمثله من اخلاق النساء ولكنه يقع ممزوجاً مركباً فيخرج الى ان يكون مذبذباً لا الى هؤلاء ولا الى هؤلاء ثم قال: وللانسان قوى معروفة المقدار وشهوات مصروقة في وجوه حاجات النفوس مقسومة عليها لا يجوز تمطيلها وترك استمالتها ما كانت النفوس قائمة بطبائنها ومزاجاتها وحاجاتها وباب المنكح من اكبرها واقواها واهمها ويدخل في باب المنكح ما في طبائهم من طلب الولد لما طبع الله تعالى بني آدم عليه من حب الذرية وكثرة النسل .

وعامة اكتساب الرجال وارتقاقيهم وهمهم وتصنعهم وتحسينهم لما يملكون انما هو مصروف الى النساء والاسباب المتعلقة بالنساء (١) ولو لم يمكن الا

(١) ليس في ذلك ما يشير الى منذهب فرويد فلينا ان نسميه والحالة هذه مذهب الجاحظ

التمص (١) والتطيب والتطرز والتخضب والذي يمد لها من الطيب والصبغ والحلي والكساء والقرش والآنية لكان في ذلك ما كفى ولو لم يكن له الاهتمام بحفظها وحراستها وخوف المار من جنايتها والجناية عليها لكان في ذلك المؤونة العظيمة والمشقة الشديدة فإذا بطل العضو الذي من أجله يكون اشتغال النفس بالاصناف الكثيرة من اللذة والألم فباضطراب ان تعلم ان تلك القوى لم تبطل من التركيب فإذا صرفت من وجه فاضت من وجه ولا سيما إذا جمت وزعت ولا بد إذا زحرت وغزرت وطفئت وطلعت من ان تفيض او تفتح لنفسها باباً وليس بعد المنكح باب له موقع كموقع المطعم فاجتمعت تلك القوى التي كانت للمنكح وما يشتمل عليه باب المنكح الى القوة التي عنده للمطعم فإذا اجتمعت القوتان في باب واحد كان المبلغ في حكمه وابعده غاية في سبيله ولذلك صار الحي آكل من اخيه لانه واه عليه وعلى قدر الاستمرار يكون هضمه وعلى قدر حاجة طبعه وحاجة الحرارة المتولدة عن الحركة يكون الاستمرار لان الشهوة من اثنتي ابواب الاستمرار والحركة من اعظم الحرارة ودوام الاكل في الاثنتي اعم منه في الذكور وكذلك النساء في البيوت دون الرجال وما اشك ان الرجل يأكل في المجلس الواحد ما لا تأكل المرأة ولكنها تستوفي ذلك المقدار وتربي عليه مقطوعاً غير منطووم وهي بدوام ذلك منها يكون حاصل طعامها اكثر وهن يناسبن الصبيان في هذا الوجه لان طبع الصبي سريع الهضم سريع الكلب قصير مدة الاكل قليل مقدار الطعام فللمرأة كثرة معاودتها ثم تبين بكثرة مقدار المأكول فيصير للصبي

(١) التتمص : تنف الشر في سبيل الزينة على ما تفعل النساء بمحواجهن

نصيان نصيبه من شبه النساء ثم اجتاع قوى شهوته في باب واحد اعني شهوة المنكح التي تحولت وشهوة المطعم .

ويعرض للانسان عند قطع ذلك العضو تغير الصوت حتى لا يخفى على من سمعه من غير ان يرى صاحبه انه خصي وان كان الذي يحاطبه ويناقله الكلام اخاه او ابن عمه او بعض آرائه من فحولة جنسه وامتى خصي قبل الاينات لم ينبت واذا خصي بعد استحكام نبات الشعر في مواضعه تساقط كله الا شعر المانة فانه وان نقص من غلظه ومقدار عدده فان الباقي كثير ولا يمرض ذلك لشعر الرأس . فان شعر الرأس والحاجبين واشفار العينين يكون مع الولادة وانما يمرض لما يتولد من فضول البدن وتكون مقاطع شعر رأسه ومنتهى حدود قصاصه كعناطع شعر المرأة ومنتهى قصاصها . ثم يقول: والحصيان مع جودة آلائهم ووقارة طبائهم في معرفة ابواب الخدمة وفي استواء حالهم في باب المعاطاة لم تر احدا منهم قط تهذ في صناعة تنسب الى بعض المشقة وتضاف الى شيء من الحكمة مما يعرف بعد الروية والفوص بادامة الفكرة الا ان الحصي من صباه يحسن صنعة الدبوق ويمجد دعاء الحمام الضواري وما شئت من صفات الصناعات . ورأيت ان الحصاء جذب الحصي الى حب الحمام وعمل التكك والهراش بالديوك وهذا شيء لم يجر منه على عرق وانما قاده اليه قطع ذلك العضو وتعرض للخصي سرعة الدمعة وذلك من عادة طبائغ الصبيان ثم النساء فانه ليس بعد الصبيان اغزر دمعة من النساء وكفاك بالشيوخ الهرمين ويعرض له الشره عند الطعام والبخل عليه والشح العام في كل شيء وذلك من اخلاق الصبيان قال الشاعر .

كأن ابا رومان قيساً اذ غدا خصي براذين يقاد رهيص
 له معدة لا يشنكي الدهر ضعفها . وحنجرة بالدورقين فحوص
 . ويعرض للخصي سرعة الغضب والرضى وذلك من اخلاق الصبيان
 والنساء ويمرض له حب النيمة وضيق الصدر بما اودع من السر وذلك من
 اخلاق الصبيان والنساء . ومن العجب انهم مع خروجهم من شطر طبائع
 الرجال الى طبائع النساء لا يعرض لهم التخت وقد رأيت غير واحد من
 الاعراب يختار متفككا ومؤثنا يسيل سيلاً ولم ارَ خصياً قط مختاراً ولا يسمعت
 به ولا ادري كيف ذلك ولا اعرف المانع منه ولكن كان الأمر في ذلك
 الى ظاهر الرأي ولقد كان ينبغي ان يكون ذلك فيهم عاماً وما اكثر
 ما يعرض للخصيان البول في الفراش وغير ذلك ولا سيما اذا بات احدهم
 ممتلاً من التبيذ ويمرض لهم ايضاً حب الشراب والايفراط في شهوته
 وشدة النهم ويعرض للخصي شدة الاستخفاف بمن لم يكن في سلطان عظيم او
 مال كثير او جاه عريض . آه

لقد اكثرنا من اقوال الجاحظ امام الاديب والمالم لتثبت ان علماء العرب
 وصفوا ما يعترى الانسان بعد الحماء من اضطراب حالته الروحية والجسدية
 وصفاً منسياً لا نجد في الكتب المتداولة بين ايدينا ما يماثله ولتظهر ان
 الطريقة المستحدثة في الكتابة العملية التي وسموها بنفاق العلم والادب
 هي طريقة قديمة جرى عليها الجاحظ وغيره من علماء العرب وذلك لانهم
 تذوقوا الادب والعلم معاً ولذين ان مذهب فرويد من مبتكرات الجاحظ
 كما اشرنا الى ذلك في هذا البحث

ارجع بك الآن ايها القارئ الكريم بعد ان يَنت لك اقوال هذا الامام وقلت لك ما ذكره عن صلة الخصية بالنشاط والصفات الجنسية الى بعض الطرائق الحديثة وهي تستند كما يَنت لك في صدر هذا البحث الى عمل الخصية واثره في الجسم

طريقة شتيناخ

بحث انسل وبوان منذ ربع قرن عن بناء الخصية النسيجي فوجدا في باطنها خلايا مفرزة خاصة سموها الخلايا الحَلَالِيَّة وقد عرفا ان هذا الافراز يحجز الصفات الشقية الثانوية والفريزة الجنسية على الظهور ثم بحث شتيناخ عن هذا الافراز واثره في البدن فالتضعت له حقيقته واطلق اثر اقتناعه بوجود هذا الافراز على الغدة الحَلَالِيَّة اسم غدة البلوغ . ثم نَقَب هذا الاستاذ عن اختبار براون سيكار فلم يجد عارياً عن الصحة ففكر حينئذٍ في إيجاد وسيلة لا يقاظ الغدة المذكورة وتأجيل فسادها الشيفي فوجد ان خير وسيلة لذلك هي قطع الأسهرين (١) لان قطعهما يَبْه العناصر الحَلَالِيَّة ذات الشأن في هذا الافراز ثم جرب هذه الطريقة في الكلاب الهرمة فكانت نتائجها حسنة ثم حقق اختباره كثير من الغرائبين وذكر كنود ساند (Knud Sand) من كوبنهاغن ما طرأ علي كلب اجرى له هذه العملية فقال : اخذت كلب حرس عمره اثنا عشرة سنة وكان نشيطاً قوياً حتى سنته العاشرة ثم اخذت علائماً الهرم تدب فيه فصار ضعيفاً هازلاً فمض

(١) الأسهر القناة الناقلة للمني (canal déférent)

العنين كسولا ، متأثر الشعر ، جاف الجلد مجعده وعادت حركاته صعبة لا يمسك بوله وبرازه . ولم يكن لضعف الحيوان من سبب آخر غير هرمه لانه كان سليماً من جميع الامراض المصنوية فكان بذلك خير حيوان للاختبار اجريت العملية لهذا الحيوان وقطع اسهره فتحسنت حالته بعد اربعة اسابيع وعادت اليه قواه الحاضرة وشهوته للاستمرار وكان قد راقب الاستاذ هنسن (Hansen) هذا الكلب وقصه قبل العملية ورأى عجزه فكتب عنه ما يأتي : لقد تبدل طرف (اسم الكلب) تبديلاً عظيماً فصارت نظراته حادة وعينه يقظتين ونما شعره وعاد دهنياً لامعاً ورالت البقع المرد من جسده واصبح جلده ليناً وصار اغذاؤه طبيعياً كأن الحياة قد دب ديبها فيه وذكرياً أيضاً فالديمير بيرغاور (Valdimir Bergauer) نتائج اختباراته في الكلاب الهرمة فكانت مطابقة للاختبار المذكور . وكان الكلب المحبور مصاباً بساد (cataracte) مركزي في عينه اليسرى فشفي منه وقد شاهد هذه الحادثة هارمس (Harms) وشتيانخ (Steinach) ثم اختبر العلماء اثر هذه العمليات في الجرذ فجاءت النتائج مؤيدة لما تم في الكلاب ولما تحقق العلماء اثر هذه الطريقة الطيب في الحيوان جربوها في الانسان ولكنهم لم يحصلوا على نتائج مشجعة وقد شاهد احد الاطباء بعض آثار التفتية في ثلاثة من مبزوعيه

الافرنجي والسيلان في الاولاد

خطبة تلاها الدكتور شارلس والتر كلارك Charles «
Walter Clarke» امام شعبة امراض الاطفال في المحفل
الطبي في نيويورك في ٨ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ ونقلها الى
العربية الدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين — نيويورك)

اذا استفزتنا الحمية لمكافحة الادواء الزهرية في الكهل شفقة عليه ورحمة
به فاعساها ان تكون حالتنا متى رأينا الاطفال والاولاد تلك الزهرات
الذكية الطاهرة يضحى بهم على هيكل هذين الدارين القذرين وان اكبر
دافع لنا في مكافحة الامراض الزهرية في الكهل هو وقاية النسل وصون
الاولاد من التلطيخ بادران هذين المرضين او تخفيف وطأتهما فيهم وقد
اتضح ان نسبة الوفيات في الافرنجي الخلقي تعادل نسبتها في الافرنجي
المكتسب في جميع طبقات الشعب .

وقد اتيحت لي بصفة كوني مستشاراً عن الافرنجي في مكتب الامور
الهندية مراقبة هذا الامر عن كثب : فحيثما ارتفع معدل الافرنجي في طائفة
او جماعة هندية ، علا معدل الافرنجي الخلقي ، كما كان يتضح من كثرة
حوادث التهاب القرنية الخلالية وتشوهات الاسنان والعظام ، ومن ايجابة
الفحوص المصلية .

ان الدروس التي قامت بها اللجنة الممثلة من نيويورك للبحث والاستقصاء

ومكافحة الافرنجي والسيان في الاطفال السكندرية وبريطانية العظمى
أبانت جلياً ان النسبة مرتفعة ولست اجد متسماً للتبسط فيها في هذا التقرير (١)
اهما تناسب المعادلة بين الافرنجي المكتسب ، والافرنجي الخلقي في
سجلات كوبنهاغن من السنة ١٨٨٠ الى ١٩٣٤ ، فحينما ارتفع او انخفض
منحي الافرنجي المكتسب قابله ، ولو تأخر عنه قليلاً في بعض الاحيان ، ارتفاع
او هبوط في منحي الافرنجي الخلقي . ففي السنوات ١٨٨٦ و ١٩٠١ و ١٩١١
١٩١٨ ارتفع الافرنجي المكتسب ، فارتفع في السنوات ١٨٨٨ و ١٩٠١
و ١٩١٣ و ١٩٢٠ الافرنجي الخلقي .

وفي كوبنهاغن نزل المعدل في الافرنجي المكتسب من ٥٢٧ في المائة
الف حادثة سنة ١٩٢٠ الى ٢٨ في المائة الف في سنة ١٩٣٣ ، مع انه كان قبلاً
عالياً . وفي تلك المدة ذاتها نزل معدل الافرنجي الخلقي من ١٧ في المائة
الف حادثة الى اثنين في المائة الف . ان درس معدل الوفيات في الافرنجي
الخلقي تبين ان النسبة في كلا الافرنجي المكتسب والخلقي تنبع سنة واحدة .
وهذه النسبة المتعادلة بين الافرنجي في السكان عموماً . وبين الافرنجي
الخلقي في الاولاد ليست مستغربة . فان الافرنجي يقتسم في المناسبات
الزوجية كما يقتسم الفراش والمأكل . فحينما يكون معدل الافرنجي عالياً في
جماعة الذكور يملو في الاثبات ، وكل انثى ملوثة بالافرنجي تحمل نسلاً

(١) تلي هذا التقرير امام شعبة امراض الاطفال في اكااديمية الطب في نيويورك

في الثامن من شهر تشرين الاول سنة ١٩٣٦ -

مصاباً في ٨٠ بالمائة من حوادث الحمل ، الا اذا عولجت المريضة معالجة رشيدة .

باشرت في السنة ١٩٣٥ جمعية حفظ الصحة الاجتماعية الاميركية تحت ادارتي درساً عن استيلاء الافرنجي المرقل للحمل في زمريتين : الزمرة الاولى : الحوامل اللواتي يراقبن ويستن في المستوصفات المخصصة بالاعتناءآت قبل الولادة ، والزمرة الثانية الحوامل اللواتي يراقبن مولدون خصوصيون .

فالزمرة الاولى وعددها ٢١٩٠٦٥٩ حادثة قبل الولادة قدّم عنها التقارير ٢٦٨ مستوصفاً منتشرة في جميع اقسام الولايات المتحدة . وثلاثة وتسعون في المائة من هذه المستوصفات المائتين والثانية والستين تجري الفحوص المصلية في كل امرأة قبل الولادة لكشف الافرنجي فيها وهي سنة جرت عليها في ممارستها

وكانت جمعية حفظ الصحة الاجتماعية الاميركية اجرت مثل هذا الدرس منذ عشر سنوات خلت فظهر لها ان اثنين واربعين بالمائة فقط من المستوصفات المعدّة لقبول المريضات قبل الولادة كانت اتبعت شريعة فحص الدم في كل حامل . وقد استنتج من تقارير هذه المستوصفات حيث فحص الدم عادة متبعة لكشف الافرنجي ، ان ستاً في المائة من النساء اليض ، وثماني عشرة في المائة من النساء السود كن مصابات بالافرنجي .

وقد تبين من تقارير المولدين المخصوصين ان ٥١ بالمائة منهم اعتادوا اجراء التفاعل المصلي لكشف الافرنجي في النساء الحوامل اللواتي يمتنون

بهن وان تسعة واربعين منهم لا يجرؤنه .

فحيث اعتيد اجراء التفاعل المصلي اختلف معدل الافرنجي من نصف الى ثلاثة ونصف في المائة وكان العدد الاكبر من الاطباء يقرون بنسبة واحد بالمائة ، وعليه فلا يجوز ان يكون هبوط هذا التعديل المثوي الايجابي سبباً لاهمال هذا التفاعل الحيوي الكبير الشأن الذي تتطلب كل امرأة ذكية اجراءه عليها قبل ولادتها .

ان الابحاث التي اجرتها الجمعية الطبية الاميركية لحفظ الصحة أبانت ان قد كشف التفاعل المصلي الداء الافرنجي سمين مرة في سبعين حادثة الامر الدال على ان لاجراء هذا التفاعل شأنه الكبير وان اعتياد المستوصفات والاطباء له امر واجب .

وقد أبان الدكتور كيز (Dr Keyes) بلباقة : ان المرأة التي تدفع للطبيب اجراً عن اعتائه بها ومداواته اياها قبل الولادة يحق لها ان تنال اعتناء ممتازاً . وقد اردف قائلاً : ان الولادات الخصوصية يجب ان تلقى من الاعتناء والاهتمام ما تلقاه الولادات في دور التوليد والمستوصفات بما فيه فحص مصل الدم المتاد لكشف الافرنجي . واتي لمتقد بعد درس التقارير المقدمة الى مكتب حفظ الصحة الاجتماعي الملحق بمجلس الصحة ان الاطباء الممارسين الذين لا علاقة لهم باحد المستشفيات يزداد اهتمامهم ولا يرضون على مريضاتهم بهذا التفاعل واذا استثنينا بعض الحوادث القليلة قلنا ان الحوامل سواء في المستوصفات او في عيادات الاطباء الخاصة يتنى بهن الاعتناء الحسن ويحصلن على المعالجة المكتملة نفسها .

وتنشطاً لهذا العمل المفيد يقدم مجلس الصحة الآن الملاحظات اللازمة للمريضات متى طلبها الطبيب المعالج فير ناظر الى حالة المريضة الاقتصادية ميسورة الحال كانت او معسورة .

ويقدم الملاحظات ايضاً لمدافاة النساء الحوامل المصابات اللواتي يعتني بهن اصحاب المستشفيات غير الرسمي والمتطوعون لهذه الخدمة الانسانية . على ان تعطاهن المريضات مجاناً ، اضافة الى ذلك ان لمجلس الصحة ومجلس المستشفيات مستويات تعالج فيها مجاناً الحوامل المصابات اللاتي لا يستطعن دفع اجرة التطبيب .

ولسائل : ولماذا كل هذا الاهتمام بتشخيص الافرنجي في الحوامل ومعالجته ؟ جواباً نقول اننا اذا عالجنا المرأة الحامل المصابة بنوع اتصال الافرنجي بالولد ، فاذا طبقنا المعالجة الرشيدة - شرط ألا يكون ذلك بعد منتصف مدة الحمل - وثابرتا عليها الى يوم الولادة كانت النتائج الحسنة معادلة لتسمين بالمائة اي ولادة اولاد اصحاء خالين من كل علامة افرنجية . تظهر بالفحص السريري او المعلي ، وانه لا يهر نجاح على ما اعتقد ان به الطب الحديث .

وبين البحث الذي قام به لوران (Laurent) تيناً جلياً الفرق بين الحمل الملوث بالمعالج وغير المعالج .

صنف لوران جدول نتائج الحمل في ٢١٣ امرأة مصابة بالافرنجي ، ١٥٢ لم يعالجن معالجة مضادة للافرنجي و ١٦١ منهن عولجن معالجة حسنة .
فالنساء اللواتي لم يعالجن كانت النتائج فيهن كما يلي :

أجنة هشة ومسطنة	١٥	في المائة
إسقاط	٣٣٠٧٥	»
أجنة ماتت قبل بلوغ ثلاثة اشهر	٢٤٠٧٥	»
أجنة عائشة في الشهر الثالث	٢٦٠٥	»

ومن الـ ٢٦٠٥ جنيناً حياً في نهاية الاشهر الثلاثة لم يمش الى ابعد من الطفولة الاولى الا عدد قليل ومن عاش منهم ظهرت فيهم علامات الافرنجي الارثي. وبعد ان استعملت المعالجة الرشيدة في المائة والاحدى والستين حادثة من هؤلاء النساء كانت النتيجة :

أجنة مسطنة	٠٠٦	في المائة
ولدان موتي بما فيه الاجهضات	٧٠٥	»
احياء في نهاية ثلاثة شهور	٩١٠٩	»

وكانت نتائج مكورد (Mc Cord, s) شبيهة بهذه فان الحوامل اللواتي لا يعالجن معالجة مضادة للافرنجي تكون نهاية اطفالهن فاجعة في ٨٠ في المائة من الحوادث .

واما بعد اتباع المعالجة الرشيدة فتسحق فقط من حوادث الحمل الافرنجي تنتهي نهاية محزنة و ٩١ في المائة منها تثبت طهارتها وخلوها من الداء بالقحوص السريرية والمصلية .

والآن سأمر بتشخيص الافرنجي المعرقل للحمل ومعالجته بابداء تفسيرين عموميين فقط : الاول : ان الافرنجي في الاثنى الحامل يسير عادة بلا تظاهرات سريرية وغالباً بدون تاريخ صريح يوثق به . والطريقة الوحيدة العملية لاكتشافه في معظم الحوادث هي القحص المصلي ، والافضل اجراء

طريقتين على كل نمونة من الدم اي تثبيت المتمم والتحوصب (præcipi - lation) والثاني : ان المرأة الحامل المصابة تحمل المعالجة جيداً ، ولعلها تحملها اقل بقليل من غير الحامل ، وكلتاها يجب ان تمالجا في كل حبل بقطع النظر عن فحص المصل او معالجة سابقة. كما يستدل من هذا الدرس : ان ٢٨ بالمائة من التنباء المصابات بافرنجي مستتر وكان تفاعل واسرمان سليماً فيهن كن حبالاً باولاد مصابين لانهن لم يمالجن في اثناء حملهن .

ان الولد الذي يتقل اليه المرض وهو في الرحم يكون الافرنجي فيه مرضاً جهازياً منذ الهبة فان التمتعجات الشاحبة « *spirochaeta pallida* » تخترق الحاجز المشيمي ويحملها الدوران الدموي الجنيني الى كل عضو ونسيج في الجنين غير المولود .

فقد وجد مكورد (Mc Cord) وغيره التمتعجة عملياً في كل نسيج من الاجنة المصابين بالافرنجي . والمولودين موتاً ، ثمة فيه الكليتان والجلد والنفدة الصمغية والكبد ، والطحال ، والقلب والكظرين (المحفظتين فوق الكلتيين) .

اما الجنين المصاب بالافرنجي المولود حياً فقد تبدوا فيه عند ولادته كل ظاهرة من تظاهرات الافرنجي ما عدا القرحة الاولى :

١- ان الوصف المذكور في النظامي الذي ينطبق على الوليد حياً ومصاباً بالافرنجي يحل مخلوقاً متيسراً ، عليه هيئة العجل ، بطنه كالقطة ، تسيل من اذنيه مواد مخاطية ، صوته حين يبكي صوت خشن ناعب ، وقد يكون على جلده بعض تظاهرات الافرنجي من الطفح الخفيف المجمع الى الفقاع ('penphigias')

على اخص القدمين وراحة الكفين. ولكن هذا المشهد المدرسي لا يستدعي غالباً الانتباه مثلاً يفعل منظر طفل يبدو الضعف عليه جلياً ، غذاؤه قليل وجسمه نحيل . فطفل كهذا قد لا تظهر فيه علامات سريرية دالة دلالة اكدية على الافرنجي قبل نهاية الشهر الثالث ، وكلما بكر ظهور هذه العلامات كان الانتذار اربداً .

ان القوائد التي تحتج من التكبير في معرفة الافرنجي عظيمة . لانه اذا بوشر بمعالجته قبل نهاية السنة الاولى وثور على العلاج حصل الشفاء في ٧٢ بالمائة .

اما اذا لم تبشر بالمعالجة الا بعد ان يجتاز الطفل السنة من عمره وثور عليها اقل من سنة فيحصل الشفاء في ٤٤ بالمائة ، فكلما تأخرت البداية بالمعالجة ابطأ الشفاء واستمصى في الافرنجي الخلق في فسر النجاح في التشخيص الباكر ومتى عرف ان الام مصابة بالافرنجي ، كان هناك مسوخ وجهه للاشتباه باصابة الولد ، ويقوى ذلك الاشتباه اذا كانت الام لم تعالج . فلا بد من فحص دم الام بعد الولادة مباشرة اذا لم يكن قد اجري قبلها ، حتى ولو كان الفحص بطريقة واسرمان فهي كافية .

وعلى المولد ان يتناء فحص المشية في مثل هذه الاحوال لكشف علامات الافرنجي . واذا كان من سبب في الام او الولد يدعو الى الاشتباه بالافرنجي ، يجب اجراء الفحص المصلي والفحص السريري على كليهما . ولا تنسين ما ارسم المظالم الطويلة من الشأن في فحص الولد فانه مكمل للفحص المصلي فيه والخط غير المتسق والحشن الذي يرى في الرسم

الشعاعي علامة تكاد تكون يابنة للفرنجي ومن العلامات التي تدعو الى الاشتباه الشديد بالفرنجي في الطفولة البكرة القعاق (pemphigus) على اخص القدمين وراحة الكفين ، والتقاط حول النعم وحول الاوت والافراز من غشاء الانف المخاطي ، وضخامة الطحال . ان معدل الوفيات في فرنجي الاطفال الخلقى غير المعالج المتصف بهذه التظاهرات مرتفع ارتفاعاً هائلاً ،

والاطفال المصابون بالفرنجي خلفة الذين يعيشون الى ما بعد السنة الاولى بدون معالجة هم هكذا لان المرض كان اقدم واقل فعلاً في الام . فاستتار المرض في الام قد يدعو الى استتاره في ولدها . فمدد كثير من هؤلاء الاطفال يولدون خالين من علامات الفرنجي ويظلون عدة سنوات كذلك ولا تظهر فيهم علامات حقيقية .

فالعلامات الاولى في حوادث كهذه تظهر غالباً في اثناء الحياة المدرسية حتى انها قد لا تعرف الا بعد مدة اطول فقد شاهدت حوادث عديدة لم تظهر فيها علامة الفرنجي الخلقى الاولى بوضوح ، لكي تحمل المريض على استشارة الطبيب ، الا بعد ما وصل المريض الى سن البلوغ (المراهقة) . ولكن درس مثل هذه الحوادث ولو سطعياً يكشف غالباً علامات الفرنجي التي كان يستطيع كل طبيب مدقق في الفحص كشفها متى اشتبه اقل اشتباه بالفرنجي .

....

حضرت الى عيادتي مؤخراً خادمة عمرها ٢٦ سنة بايعاز من ربها التي

كانت قرأت ان الافرنجي قد يسبب العمى وكادت هذه الحادثة تنحصر الرؤية في احدى عينها . أفترها مصابة بالافرنجي ؟ ان الحادثة ومعلمتها ارادتا مرفة ذلك ولدى الفحص انكشف لنا ليس التهاب قرنية وخيم فحصب بل انف سرجي ، واحديداب عظام الجبهة واسنان هولشنسون والوجه الافرنجي الباني وكان تفاعل واسرمان وكاهن ايجايين بقوة . ولم يعالج الافرنجي الحلقي في هذه المريضة ولم يشخصه احد من الاطباء الذين رأوها في اثناء حياتها . ولندكر ان هاته المريضة كانت قليلة الذكاء وخشيت وملوثة بالسلان .

ان ما قام به دني (Dennie) من الابحاث حمله على الاعتقاد ان الافرنجي الحلقي الذي يمزى اليه الكثير من الامراض العقلية سبب قلة الذكاء ايضاً في عدد عديد من الاشخاص الذين يمدون خطراً ادياً واجتماعياً علي البيئة التي يعيشون فيها ومريضتي التي مرّ وصفها هي من هذا الشكل .

لا نرى فائدة في سرد علامات الافرنجي الحلقي جميعها فشكل المرض الحلقي كالشكل المكتسب ، يشن غارته على اي كان من الأجهزة والانسجة او على جميعها .

ان الابحاث الحديثة قد قلبت بعض الافكار المدرسية بشأن هذه العلامات : فان مثلث هيتشنسون اي : التهاب القرنية الحلالي ، والقواطع العليا المسننة ، وصمم المصّب الثامن ، اصبح اليوم نادراً . فهذه التظاهرات قلما تبدو اليوم ممّا مع انها كانت على خلاف ذلك في عهد هيتشنسون ومع ذلك فان التهاب القرنية الحلالي هو اليوم في مقدمة تظاهرات الافرنجي الحلقي المتأخرة وقد وجد ستوكس (Stokes) ان التشوشات البصرية في

الافرنجي الخلقي أكثر حصولاً حتى من تفاعل واسرءان الايجابي. والآفات المصيبة الافرنجية تسكاد تعادل آفات العين، حتى ان بعض من يوثق بمادهم مثل جازر وكوك يضمنونها في طليعة تظاهرات الافرنجي الخلقي القديمة. وما من تظاهرة في الافرنجي اشد هولاً من الفالج او السهام وفالج الاطفال. وتظهر هذه الاعراض في الولد وهو في المدوسة الابتدائية، فيتأخر نموه، وتعمه نوب صرعية الشكل متكررة، ويتدرج بالانحطاط عقلاً وجسماً. وتشخص هذه الحوادث في بعض الاحيان خللاً عقلياً وراثياً لمراقبة المرض للنمو. مع ان الفحص المناسب بما فيه فحوص السائل الشوكي تكراراً توضح التشخيص، والتأخر في هذه الحوادث كما استدلت من اختباراتي الخاصة ليست مرضية

وتأتي تشوهات العظام والاسنان الافرنجية ثانياً اذا نظرنا الى كثرة حدوثها بعد التظاهرات البصرية والمصيبة في الافرنجي الخلقي ويكون بعضها واضحاً وتسهل معرفته كاستان هيتشنسون، وانحناء قسبة الساق كالسيف.

عدل اكثر الباحثين استيلاء الافرنجي الخلقي بنحو اثنين في المائة في الولدان الاحياء. بيد ان المعدل المتوي يختلف كثيراً بحسب الحالة الاجتماعية. فقد لاحظ جينز انه خمسة عشر بالمائة في اولاد السود، و ١٠،٨ بالمائة فقط في البيض الفقراء، واقل من واحد بالمائة في الاسر العائشة بالرخاء في سانت لويس (St Louis)

يقع عدد حوادث الافرنجي الخلقي في الانسان كلما ارتقى سلم العمر

وسبب هذا النقص كثرة الوفيات به في الطفولة فالافرنجي الخلقي في سن المدرسة اقل استيلاء منه في الوليد وقد وجد جينز وكوك ٤١٩ بالمائة في الاطفال ، و ١٠٥ بالمائة تحت ١٣ شهراً و ١٠٧ في المائة في الاولاد فوق ثلاثة عشر شهراً . فهذه الارقام دليل على كثرة الوفيات في الافرنجي الخلقي في السنة الاولى من الحياة . ولكشف الافرنجي في تلك السن في الولدان الاحياء ومعالجته الشأن الكبير فعلى كل طبيب مدرسة ، وكل متخصص بامراض الاطفال وكل طبيب أسرة ان يتيقظ وينبه لأضرار علامات الافرنجي الخلقي واندرها

ان تشخيص الافرنجي الخلقي ومعالجته مخفوفان بصعوبات كالأفرنجي المكتسب ولكنهما ليسا بأصعب فيه من ذلك فالعقاقير ذاتها وطرق التصرف ذاتها ، تستعمل في شكلي هذا الداء . ويموزني الوقت لتبسط بالملاج ، يداتي اجروا واقف النظر الى التقاط الآتية :

اولاً : ان معالجة الافرنجي الخلقي يجب ان يبتدأ بها حينما يشخص الداء تشخيصاً أكيداً وليس قبل ذلك . لان تناول الام بالافرنجي ليس بمجد ذاته سيئاً كافياً لاصابة الطفل

ثانياً : يحتمل الولدان الملاج ويستفيدون منه الإفادة الحسنة ولا يجوز الانتظار بضعة اشهر للبدء به والا ضاعت الفرصة الثمينة .

ثالثاً : ان افضل الملاجات في اغلب حوادث الافرنجي الخلقي هي الارسفينامين (arspenamine) والبنزموث غير ان الاستماضة بالسولفارسفينامين (sulpharsphenamine) عن الارسفينامين جائزة اذا

كانت الحقن الوريدية صعبة الاجراء .

ان دائرة مجلس الصحة توزع الآن على الاطباء حين الطلب العلاجات اللازمة لاي حادثة افرنجي غير ناظرة الى حالة المريض الاقتصادية .

كما ان مستوصفاتنا في دائرة الصحة تقوم بما يطلب منها من التحاليل لتشخيص الافرنجي الخلق في المرضى الذين يرون انفسهم عاجزين عن الدفع للاطباء في عيادتهم وتعنى ايضاً بمعالجتهم

ومن الخطأ الظن او الادعاء ان كل افرنجي في الطفولة هو خلقي . فقد قدمنا في دائرة الصحة تقارير عن عدداً من حوادث افرنجي مكتسب غريبة انتقلت الى الاولاد بممارسة اللواط ، وقد تبعنا آثار هذه التمنجات حتى عرفنا الرجال الائمة الذين اغروا هؤلاء الفتية الصغار للسقوط في هوة هذه المادة الشائنة .

جئنا الى احد مستوصفاتنا بولد مصاب بنفط جلدي افرنجي وقد تحققنا حين فحصه ورماً ثولولي الشكل حول استه وارشدتنا افادة الولد الى ان فتى اخر مصاب بالآفة نفسها التي اصاب بها ، واتضح لنا من حديث هذين الغلامين ان رجلين قد ارتكبا الفعل الشنيع بهما وكان ذاك الرجلان مصابين بالافرنجي . وقد سبق الرجلان بناء على تقرير مكتب « اتقاء الجرائم » الى المحاكمة فعُكِمَ على احدهما بالاشغال الشاقة ونفي الآخر الى بلاده . وعولج الغلامان

وربما كان السيلان (التعمية) الشرجي اكثر حصولاً من الافرنجي في الاولاد وسببه المعاشرة الفاسدة والمناسبات الشاذة . فقد اظهرت لنا

دروسنا عن المدى سلسلة اثناث في ثمانية اولاد من هذه الفئة فالسيلان الشرجي والتهابات مجرى البول البني (النونوكوكي) اكثر حصولاً في الاولاد المهلين والسيئي البخت من الافرنجي . وقد كشفنا الفطاء حديثاً عن حادثة ولد منتشر د كان يكسوه ويطعمه وأبويه رجل فاسق عرفنا فيما بعد انه معلم في احدى المدارس الخصوصية واذا كانت هذه الحوادث مثيرة للمجب فأغرب منها الالتهاب المهبلي في البنات الصغيرات . فان نحواً من الف حادثة منها ترفع سنوياً الى مجلس الصحة ، واعتقد ان كثيراً من مثل هذه الحوادث لا يُرفع فيها تقارير ولا تُشخص في الطبقة الفقيرة . ان مصدر الاتان في ٩٢ بالمائة من هذه الحوادث هو البيت ، وتنقل المدى من شخص الى اخر بالازدحام وسوء الاعتناء الصحي الشخصي . اما انتشار المدى في معاهد الاطفال العلمية فنشأ عادة اغلاط ترتكب في طرق فن التمريض والاعتناء بالاطفال . يداني اراني ميلاً الى الاعتقاد انه يُعذر علينا احياناً تفسير المدى في بعض الحوادث .

وقد وقفنا مؤخراً لترتيب تسهيلات من شأنها تحسين الاعمال في مستشفى مجلس الصحة الآخذ على عاتقه الاعتناء بحوادث الالتهابات المهبلية وتبذل الآن عناية خاصة للملاحقة هذه الحوادث وتطبيق العلاج النظامي الحديث مع المحافظة على التمسك بشرائط حفظ الصحة اللائقة في البيوت اتقاء للاتان . ان كشف مصدر الاتان ومعالجته لير الشأن وصعب التحقيق في الغالب .

واذا كنا قد ذكرنا كل شيء عن الافرنجي والسيلان في الاطفال ، فلا

يسعنا الا الجهر بالحقيقة الناصعة وهي انه يسهل علينا اتقاذ الاولاد من هذه التفتتات بمعالجة الكهول المصابين . ان معالجة الافرنجي إبان الحمل تمنع الافرنجي الخلقى عن الحدوث ففي استطاعة الطب والحالة هذه نحو الافرنجي الخلقى ، وان في نقص معدل الوفيات في الافرنجي الخلقى في مدينة نيويورك والولايات المتحدة اجمالاً لدليلاً على اتنا سارون الى الامام في هذا الشأن فتمى اصبح فحصر دم الحوامل جميعهن قاعدة مطردة لكشف الافرنجي فيهن ومتى عولجت كل حامل مصابة بالافرنجي بالمعالجة الموافقة يتقلص ظل الافرنجي الخلقى . غير ان مثل هذا الامل لا يتنظر تحقيقه في الاتان الفنو كوكي في الاولاد ، غير انني اثق انه اذا عولج الكهول الملووثون بمعالجة اعم واوفى واذا نشرت التعاليم الصحية بينهم نشرأ كافياً كان لهذه التدابير فعمل حسن في اتقاء هذه الادواء في الاولاد . فاكتشاف روبرت ليون Robert Leius « اللامع الذي اعطانا في الثلين » theelin « والامينوتين » amniotin « سلاحاً جديداً ماضياً في مكافحة التهابات المهبل الفنونو كوكية ومعالجتها والنجاح الذي اصابه كارباتر ووارن وكومر وييرماتل وزملاؤهم « Carpenter and Warren , Kumer, Biermanetal » باستعمال العلاج الخمي في السيلان وما اظهرته عمدة مجمع الابحاث الوطني في السيلان والمكودات البنية من متابعة التقصي كل هذا يدعو الى التفاؤل في نجاح هذا المشروع الانساني الكبير وقمع التفتتات الفنونو كوكية في الكهول والاطفال على السواء ،

عنغرية الجلد المترقية في عقب البضع ومعالجتها

إن هذا الداء نادر والملاحظات التي أعلنت منه حتى الآن قليلة غير أن الجراح قد يصادفه فيحار في طريقة معالجته بعد أن يجرب شق الوسائل فيه ونميه الجلد كما حدث لكبار الاساتذة . وعليه فإن كتابة مقال عنه يطلع الملقارئ على آفة قد تأتي متفرقة جروح العمليات لا تخلو من الفائدة .

التاريخ : أعلن كالن المشاهدة الاولى من هذه التنغرية في السنة ١٩٢٤ غير انه لم يميزها عن عنغريات الجلد الاخرى . ولم تؤكد تلك هذه المشاهدة حتى كثرت المشاهدات ولا سيما في اميركة حيث استلقت مشاهدة كالن وعمل مالتاي انظار الجراحين .

ويوجد الفضل الى مالتاي (Meléney) في درس هذه الآفة درساً سررياً ضافياً والجد في تعيين اسبابها فهو الذي عرف انها غنية المنشأ وتابعة عن اشتراك جراثيمي .

ولذلك وبالخاصة ثلاثة ابحاث نشرت في هذه السنوات الاخيرة عن هذا الداء بحث شلتون هورسلاي في السنة ١٩٣٢ الذي درس فيه التفرجات التنغرية درساً دقيقاً وبحث لين في السنة ١٩٣١ الذي جاء فيه على ذكر ثلاثين مشاهدة وبحث ستودت - فالاس في السنة ١٩٣٥ وقد جمع فيه المشاهدات الملتنة حتى ذلك التاريخ وعددها خمس وثلاثون . وذكر أيضاً مقالاً مائماً لتيكسيه وبوليسون وارنولف سردت فيه مشاهدة جديدة صادفوها ومنه تقتبس معظم هذا المقال .

الحد : ان عنغرية الجلد المترقية في عقب البضع اختلاط نادر يقع بعد العمليات الغنية (ولم تكن منها الا حادثة واحدة بعد عملية طاهرة) متصف بموات طبقات الجلد وبلا انتشار التزايد الذي يهضي الى الموت اذا لم توجه اليه في الوقت المناسب معالجة فعالة ويظهر ان هذا الاختلاط ينجم كما بين مالتاي عن اشتراك الميكروبات القدية والتفوقية شروط ظهوره : يظهر هذا الاختلاط عادة بعد تفجير خراج ولا سيما خراج حشوي النشأ ؛ التهاب الزائدة ، قرحة منبثقة ، ذات جنب صديدية ، خراج كبدي

وتظهر صفحة التنغرية دائماً حول الثقب الذي كان فيه الاحفوض او في خذاه

خيط الشعر او الحشّة الذي ثبت به هذا الاحفوض .

مشهد الآفات السريري : تبدو هذه الآفة عادة في نهاية الاسبوع الاول او الثاني بعد اجراء العملية وتستقر الغنغرية حول الجرح العملي او في حذاء ثقب احد الجيوب . فتظهر نقطة حمراء مرتفعة وتنتشر انتشاراً سريعاً ويتألم المريض تألماً شديداً من جرحه العملي . ولا تمر بضعة ايام حتى تبدو في مركز الناحية الحمراء المتوذمة صفيحة سوداء من الغنغرية وتنتشر تحدها حاشية بنفسجية وتحيط بها ناحية متفاوتة الاتساع من جلد احمر لامع .

ولا يمر اسبوع حتى تأخذ هذه الآفات منظراً بيانياً :

- ١ — في المركز بقعة غنغرية مسودة اذا ضغطت خرج منها صديد وهذه البقعة بيضية او مدورة ويناسب مركزها الجرح العملي او تقطبة التفجير . ثم يبيع مركز الغنغرية فيظهر نسيج عمر هو سطح الضلات التي ثمرت من غشائها . وقد يبلغ قطر السطح الغنغري ١٠ او ١٥ او ٣٠ سنتيمتراً حتى انه قد يحيط بالجذع .
- ٢ — تلم يحيط بالغنغرية شبيه بيلم الاطراح في غنغريات الاطراف
- ٣ — حاشية فرغرية ضيقة منقطعة تنقطاً زفياً ومحيطة بصفيحة الغنغرية
- ٤ — ناحية حمراء لامعة شبيهة بالحمرة عرضها تستمر الى ستمتيرين واقعة حول الحاشية الفرغرية وآخذة في الانتشار على الجلد السليم .

وترافق آلام شديدة متواصلة هذه الآفات فيشكو المريض حس احتراق في الناحية وعصابت على سير الاعصاب المارة فيها . وتوثر هذه الآلام في الحالة العامة محدثة الارق وميعة الحياة لا تطاق .

ولا تملو الحرارة عن ٣٨ الا نادراً

ويهزل المريض بسرعة ويقتصر دمه وتهن قوته المنوية . وتنتشر الغنغرية انتشاراً سريعاً في المحيط ويميع مركزها وتبقى الآفات محافظة على النسبات التي ذكرناها : صفيحة غنغرية في الوسط لحاشية ضيقة محيطلة بها فناحية حمراء لامعة متوذمة . وقد تتسع هذه الغنغرية اتساعاً هائلاً فقد امتدت في احدى مشاهدات بلاكلند من القفا حتى العجز .

وكما ازدادت الغفريّة انتشاراً انحطت الحالة العامة وموت المريض في النهاية مدخفاً في خلال عشرة أيام او بضعة اشهر كما في بعض من المشاهدات
وتتصف الغفريّة الجلدية المتقرية في عقب البضع عادة بالصقات نفسها غير ان جامة الناحية المتغفّرة او الناحية المتقرحة تدعو الى وصف اشكال سريرية منها :

١ — الشكل الغفريّ المصريح حيث صفيحة الغفريّة واسعة ومائلة لغفريّة الاطراف ٢ — الشكل القرصي حيث صفيحة الغفريّة ضيقة يدان البقعة المتقرحة واسعة خلافاً للشكل السابق الذي تسترعي الغفريّة فيه الانظار .

الامراض (pathogénie) : عزا السرديون هذه الآفة قبل ان وطلد ملناي اسس امراضها الى اسباب عديدة : لطافة الجلد ، تشوشات شريكات الجلد والح .
اما الآن فقد اثبت ملناي ان هذه الغفريّة داء عفوي ناجم عن اشتراك المكورة المتقودية والمكورة القدية . وقد ايدت فحوص الآفات الجرثومية نفسها وتلقيح الحيوان هذا المبدأ الطبي . وتوصل ملناي باستنباطات عديدة في بيئات هوائية ولاهوائية الى كشف الاشتراك الجرثومي الذي ذكرناه .

ويختلف نوع الجراثيم بحسب النقطلة المنتنة : ففي الناحية الحمراء اللامعة وجد ملناي المكورة القدية الصرفة (وقد دعاها المكورة القدية غير الحالة للدم) وفي الناحية المتغفّرة وجد مكورات عقدية لاهوائية ومكورات عنقودية مختلفة الاجناس ولاسيما المكورة المتقودية المذهبة الحالة للدم . وقد تشترك جراثيم اخرى ولا سيما عصية ديفترائية الشكل مع الجراثيم الاولى .

وتمكن ملناي بالاختبار من احداث هذه الغفريّة الجلدية في الحيوان بحقنه بمزيج من المكورتين القدية والمتقودية ، والآفات في الحيوان شبيهة بالآفات العادقة في الانسان واما الحقن بالقادير نفسها من كل من المكورتين القدية والمتقودية على حدة فلا يحدث الغفريّة وبعد ان اجري ملناي هذه الاختبارات بنى نظريته الفتنة على هذا الاشتراك الجرثومي وهو يعتقد ان العامل الاساسي هو المكورة القدية غير الحالة للدم . فهي تصادف وحدها في الناحية الحمراء اللامعة وتسد البيئة للغفريّة التي يحدثها اشتراك هذه المكورة مع المكورة المتقودية .

ان هذه الفكرة قريبة من الصواب واذا لم تثبتها جميع المشاهدات الملته عن هذا الداء فلا ن الفصوص التي قام بها هؤلاء المؤلفون كانت ناقصة ومقتصرة على بقعة واحدة من الآفات المألجة : ليس لدينا حتى الآن على الرغم من هذه المعلومات الامراضية «معالجة دوامية لثغرية الجلد المترقية في عقب البضع . فان جميع الطهرات : الاصبغة ، والماء الاكسجيني ومحلول دكان ، والسلفرسان الجديد نضيداً وحقناً في الوريد ، والروبيازول لم يقرن استعمالها بفائدة تذكر .

وقد خابت ايضاً جميع المصول المضادة لثغرية وشتى اللقاحات ، والمعالجة الدوائية الوحيدة التي افادت فائدة لا تنكر : هي توجيه الاشعة فوق البنفسجية الى الناحية المتعفنة بد طلبها بمحلول من نترات الفضة نسبته ٢ ٪ . فبعد طلي الجرح توجه الاشعة فوق البنفسجي في الحال اليه فيتجزأ محلول النترات تركباً على سطح الجرح الفضة المنقلبة . وقد استعملت هذه المألجة في حالات القروح والجروح الوهنية المستعصية فيستحسن اجراء هذه المألجة الدوائية قبل المألجة الجراحية .

ومعالجة هذه الثغرية الناجمة جراحية فهي تقوم بقطع الآفات بالمبضع او المبضع الكهربى او الميسم وجبها جائزة الاستعمال على ان تقطع جميع الآفات حتى غشاء المضلات عمقاً وابعد من الناحية الحمراء اللامعة عرضاً .

ولا بد من التخدير العام لانتان هذه المألجة لان الناحية ماضة وشديدة الالم . واذا نكست الآفة جدد القطع . وليضم هذا السطح المرى الواسع بلطف زائد ويستحسن قبل نزع الغرزي عنه بله بمحلول نوفا كايوني .

ويستدعي ندب هذه السطوح مدة طويلة وتقصيرها يمكن بالطبوم . غير ان الواسطة الفضلى لتسريع الندب هي التبكير في القطع قبل انتشار الآفة والاضطرار الى نزع اقسام واسعة من الجلد . ونتيجة هذه المألجة حسنة في الطالب فان جميع الحادئات التي عولجت بالقطع شفيت بيد ان الحادئات التي تركت وشأنها اخضت الى الموت .

فعل الجراح متى رأى حادثة ثغرية جلدية مترقية في عقب البضع ان يبادر الى طريقة ساتي (طلي بنترات الفضة والاشعة فوق البنفسجي) فاذا لم تغد كان عليه ان يسكر في القطع الجراحي قبل انتشار الآفة وتأذي الحالة العامة

مجلة المعهد الطبي العربي

دشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ م الموافق لشعبان سنة ١٣٥٦ هـ

بعض ملاحظات عن سرطان المريء

ان السرطان هو اكثر امراض المريء مصادفة . فان غيزر تحقق ٦٤٥ مرة من ١٠٥٠ مريضاً فحصهم بنظار المريء تضييقاً شديداً فيه وهذه الآفة هي في الرجل اكثر منها في المرأة بنسبة ستة رجال الى امرة واحدة وتعليل هذه الكثرة في الرجل امر هين فان لالتهاب الغشاء المخاطي في المريء كما في كل عضو اجوف فعلاً مؤهباً لا ينكر . وفي مقدمة الاسباب الملتهبة للغشاء المخاطي ادمان الكحول ولا سيما استعمال الاشربة القوية المشبة ويظهر ان الكحول صباحاً على الريق اشدُّ ضرراً . وقد استنتج من الاستجوابات الدقيقة التي قام غيزر بها ان الكحول في الرجل سبب التهاب المريء في ثلثي الحوادث وهذه النسبة هي دون الحقيقة لان كثيرين من المرضى لا يقررون بادمانهم الكحول .

ومن الاسباب المحدثة لالتهاب المريء ركود المواد في الجيب الكائن فوق الضيق فما من يجمل اليوم توسعات المريء الكبيرة التالية لتشنجات ثلث المريء السفلي وتضيقاته الالتهابية وكل غشاء مخاطي ملتهب في جيب متسع عرضة لسرطان ينمو خلسةً عليه ولا ينتبه له كيف لا والمريض مصاب بمسر البلع الذي يعزى الى التشنج. والخلاصة ان كل مصاب بتشنج مزمن عرضة للسرطان اذا لم يعالج المعالجة المواقفة في الوقت المناسب .

ومن الاسباب المؤهبة ايضاً ضعف البدن ويعزو كثير من المرضى بدء آفتهم الى انفعالات نفسية شديدة والى مصائب اعترتهم .

والسرطان ان يكن نادراً في الاحداث فقد يبدو فيهم فان غيّر صادفه في ثمانية مرضى لم يبلغوا الثلاثين من عمرهم واجدهم سنّاً شاب عمره ١٩ سنة واثنان عمرهما عشرون سنة. وهو كثير المصادفة ما بين ٥٠ و ٧٠ من العمر. ولم تصادف الوراثية الا بمعدل الخمس والسرطان الذي بدا في الابهاء او الجدود لم يكن في المريء عادة .

والاما كن التي ينتخبها السرطان من المريء هي بحسب كثرة حدوثه فيها : الثلث المتوسط فالثلث السفلي فالثلث الطوي فناحية السدفة (cardia) ولا يحدث سرطان المريء فوقه توسعاً كبيراً لان الضيق فيه الناجم عن الورم نفسه يطول امره قبل ان يصبح حقيقياً وتاماً ولان سرعة سيره بعد بلوغه هذه الدرجة لا تفسح له مجالاً لاحداث هذا التوسع الكبير .

فتمت كشف رسم المريء الشعاعي او معاينته الشعاعية سرطاناً فيه وتوسعاً كبيراً فوقه كان المريض ولا شك مصاباً بتشنج في المريء قد تسرطن تسرطاناً

ثانويًا . ولا يثبت السرطان دائماً في ناحية الضيق بل على أي نقطة كانت من الجيب المتسع .

وسرطان المريء بدئي في الغالب ولم يكن ثانوياً في احصائه غير الاستمرات فقط (مرتين لسرطان الرغامى و ٤ مرات لسرطان القصبة الكبيرة) وقد تقدمت الاعراض التنفسية في هذه المشاهدات الاعراض الرئوية وقد ذكر غير أيضاً اربعة حوادث تستحق ان تسمى ثانوية تالية لسرطان الثدي .

ولفت غير الانظار الى امر ذي بال لا يعلق عليه المؤلفون اهتماماً كبيراً وهو ان سرطان المريء آفة غير مؤلمة . وعسر البلع هذا العرض الاساسي الذي يبدو فيه بمعدل ٩٨ ٪ عسر بلع آلي وليس عسر بلع الميا وعليه فما من آفة تبدئ خلسة كسرطان المريء . فكم من المرضى الذين لا يشكون الا عسر بلع ناقصاً ويتكئون من التغذي بمواد سائلة ولا تهزل ابدانهم مع ان آفاتهم السرطانية تكون قد انتشرت انتشاراً كبيراً .

فتشخيص سرطان المريء سريرياً قادر في بدئه وجميع المرضى الذين يشخص داوهم يكون سرطانهم قد استعجل ولم تعد المعالجة تعيد فيه اقل فائدة ، مع ان تشخيص سرطان المريء في هذا الدور الباكر ممكن : فان المريض يشعر بمائق اذا ما بلع قطعة من الخبز او اللحم قبل ان يمضغها حسناً فيضطر الى بلع جرعة من الماء بعدها لينزلها . وبعد ان يصاب بهذه المارضة ينبه لنفسه فيضع الطعام مضغاً حسناً قبل ان يبلعه وتمر ايام فلا تتكرر هذه الحادثة . غير انه يشعر دائماً بازعاج متى بلع مادة جامدة ولا يشعر

به مطلقاً حين بلغ السوائل .

واذا استشار المريض طبيبه لهذه المارضة شخص الطبيب تشنجاً بسيطاً في المريء ووصف له علاجاً مضاداً للتشنج برهة من الزمن واضاع هذه القرصة الثمينة التي لا تموض . واذا اشار برسم كهربي لا يبدو شي في ما زال الضيق لم يتكون بعد . فالرسم الشعاعي الذي يكشف السرطان القديم ويعين مقره ودرجة الضيق وشكل التوسع واتساعه يخدع الطبيب في هذا الدور لان الممجون الظليل نصف السائل يمر من خلال الضيق الناقص مروراً يكاد يكون طبيعياً .

والامر الداعي الى الخطأ ايضاً ظهور المريض بمظهر عام حسن فهو شخص مدور الوجنتين لم يهزل بعد ولم يبد عليه ما نستطيع تسميته بالسحنة السرطانية مع انه اذا عوين مرثيه بالمنظار كشف فيه ورم صريح . وعليه فتى طرأت على شخص تجاوز العقد الخامس هذه الطارئة فشمع بوقوف لقمة لم يمضها مضغاً حسناً واضطر الى شرب الماء بعدها لدفعها شك في سرطان المريء ولو تقطع حدوث هذه الطارئة .

واذا بدت الآلام كان سببها انتشار السرطان الى الارجاه المجاورة :
المنصف ، اعصاب الازراب (nerfs intercostaux) ، الاعضاء المجاورة . عمود الفقار . فيشر المريض بآلام في صدره وما بين لوجيه وفي الازراب وهذه الآلام متأخرة الظهور عادة .

وقد جعلوا من سيلان اللعاب الغزير علامة يائية في سرطان المريء . بانعكاس خاص هو انعكاس روجه المريئي العائلي مع ان كثرة اللعاب

سببها في الواقع مضغ المريض الطويل للأطعمة واحالتها معجونة دقيقة قبل بلعها . وهذا المرض يظهر في سرطان المريء كما يظهر في تضيقاته الشديدة غير السرطانية فلا يمدُّ والحالة هذه عرضاً خاصاً بالسرطان . وبما ان عسر البلع يمنع اللعاب المفرز عن المرور خلال الضيق فان اللعاب يخرج من الفم خائطاً وغزيراً في النهار ويسيل على الوسادة في الليل . ويتأخر ظهور هذا المرض مع ذلك ومتى بدا يكون سرطان المريء قد شخص .

ويسير الهزال والضيق جنباً الى جنب ومتى اشتد الضيق اسرع الهزال وسببه عسر البلع والحواء لان الدنف السرطاني لا يظهر او قلما يبدو ولا يفقد المريض اشتهاه البتة ولا يتقزز من الطعام مطلقاً واذا هزل فلانه لا يستطيع البلع والتغذي . وهذه الحالة خاصة بسرطان المريء خلافاً لسرطانات انبوب الهضم الاخرى .

ولا عجب اذا كان الاستيلاء قادراً في سرطان المريء لان المريض يموت جوعاً قبل حدوث هذا الاختلاط . فاذا ما صنعت وسيلة ومكنت المريض من التغذي اي اذا ما خزعت معدته او ، وهذا افضل ، عولج بالراديوم فاستطاع البلع وتغذى تغذية كافية تمنع عنه الموت العاجل استولى سرطانته بكيفية السرطانات فظهر في الصفاق (الباريطون) او العقد او الكبد او الحوض الخ . . .

وتبدو بالمنظار حتى في بدء سرطان المريء علامات كافية للتشخيص متى كانت عين الفاحص ممرنة . فتمت بدت قرحة حتى سطح ثابت مبرعم مرتكز على قاعدة صلبة يبين ارتشاحها وسكونها تحرك اجزاء المريء الاخرى

كانت هذه البقعة سرطاناً لا شك فيه فان المريء يتحرك حركات متواصلة بحركات القلب والتنفس .

والعلامة الاخرى البياينة هي ان الآفة السرطانية تنزف لاقول لمس حتى اذا مسست بتطيلة من القطن .

وافرنجي المريء نادر ولا سيما بعد ان شاع تنظير المريء فنفتت به حوادث عديدة من الضيق كانت قد ظنت افرنجياً .

ولعل ما يلتبس اشد الالتباس بسرطان المريء تضيقاته الالتهايسة في المسنين فالمشهد السريري واحد : عسر بلع متزايد وخالٍ من الالم ، هزال في شخص تجاوز العقد السادس . ويكشف المنظار ضخامة النهاية غير نازفة او جداراً ندياً متصلاً وذلك بحسب الشكل الذي افضى اليه التهاب المريء المزمن الذي نجم عنه هذا الضيق . فهذا الاختلاف الذي يكشفه المنظار بين الآفتين يكفي العين المبرنة ويجلو التشخيص .

ومتى اردنا اثباتاً كان لا بد من اقتطاع خزعة من الورم فيعرف بها جوهره وبنائوه النسيجي ودرجة خبثه غير ان هذه الخزعة صعبة وغير خالية من المحاذير فيجب صنعها بالمنقاش المقطع (pince à morcellement) والعين ترى جيداً ما تصنع اليد . واذا هانت الخزعة في الشكل الثابت كانت شديدة الصعوبة في الشكل الارتشاحي تحت الحائط لرقه جدار المريء وهشاشته الخاصة . ويستحيل في بدء السرطان قطع هذه الخزعة من المكان المناسب لان الورم قليل البروز وصعب التحديد بالمنظار مع ان الخزعة كبيرة الفائدة في هذا الوقت . وكثيراً ما ينقي جواب النسيجي السرطان لان

الحزعة لم تقطع من ملء الورم فيسير السرطان سريراً لا شك فيه او ان خزعة ثانية بعد ثلاثة اسابيع تثبت السرطان وتكون الاولى قد نقته ويكون الجراح قد احرر مجالته التي قد تكون ناجمة كل هذه المدة مع ان النجاح كل النجاح في التفكير فيها .

ولا يخلو الجرح الذي يتركه قطع الحزعة من المحاذير فان هذا الجرح رغم صفه قد يكون منشطاً لسير الورم لوقوعه في بيئة شديدة التعفن والتبدل في ذلك الرنج المتسع حيث الركود يزيد المغوثة شدة . فلا يجوز صنع الحزعة الا في حالات الشك ومعاينة المريء بالمنظار كافية في معظم الحالات للتشخيص .

ويظل عسر البلع عدة اشهر في الغالب قبل ان يتضح فلا عجب اذا ما كان سير المرض بطيئاً ولا سيما في المسنين حيث يستمر الداء سنة وربما سنة ونصف السنة (الشكل البطيء) واما في الاحداث فهو اسرع سيراً (الشكل السريع) حتى انه قد لا يطول اكثر من شهر الى شهرين .

اما معالجة هذا الداء فلا تزال الجراحة مكتوفة اليدين امامها فان استئصال المريء لم يأتِ بالنتائج الحسنة بل ان التكرس كان كثير الحدوث بعده ومتى ازداد عسر البلع ومنع المريض عن التغذية يكتفى بمخزوع المعدة

ولكن أيفعل الراديووم فعلاً حسناً في سرطان المريء ؟ لا يؤدي الراديووم الى نتيجة حسنة في معالجة السرطانات الا اذا شملت اشعته الورم برمته ولما كان تحقيق هذا الامر في سرطان المريء مستصعباً كان الراديووم في معالجته سيفاً ذا حدين فاذا ما زيد المقدار المستعمل منه ادى الى حروق

واسعة ونتائج وخيمة او خفف المقدار لم يقض على الورم القضاء المبرم .
ومع ذلك فاذا كان الورم لا يزال محصوراً في المريء ولم ينتشر الى
الجوار ومتى كان قاعدي الخلايا ، وهذا النوع كثير الحدوث في سرطانات
المريء ، فعل الراديو يوم فيه فعلاً حسناً واستعاد المريض البلع بعد ان كان فقدده
وتمكن من التغذية الحسنة وطالت حياته بضع سنوات حتى ان احد المرضى
طالت حياته بعد المعالجة بالراديو مستاً وعشرين سنة .

م . م . خ .



الشباب والإشباب

(٥)

طريقة فورونوف^(١) ورأيه في الإشباب

عليه شوكت موفق الشطي

يقول فورونوف ان رسل الغدد التناسلية تؤثر في معظم اعضائنا او بالاحرى في البدن جميعه وزعم ان الغدة المذكورة توزع القوة وتنشط جميع اعضائه جسداً الذي تعمل فيه الوف الملايين من الخلايا بلا انقطاع ولكل منها عملها الخاص . فالخصية تفرز الحيويات المنوية لافتاح البويضات والنسج الغير انها في الوقت نفسه تفرز مفرزاً متى سار في الدم حمل الى جميع النسج القوة والنشاط والشباب فقد وضعت الطبيعة في هذه الغدة وحدها مصدر الحياة وينبوع تجديد النسل . ويدعي فورونوف ان شيخوخة الانسان هي شيخوخة خصيته وفتوته هي خصب خصيته او تطعيمه بخصية جديدة تفرز مفرزاً جديداً تقوى به الاعضاء السائرة في الجسد وقد اورد فورونوف لاثبات نظريته كثيراً من الشواهد فقد درس الأثر أولاً في الحيوان ثم عاد الى درسه في الانسان فاذا خشي الديك ذبل عرفه وامتنع عن الصياح وقد نشاطه وحمله وخذت غريزة السيطرة فيه واذا خشي كلب الصيد خسر كثيراً من صفاته

(١) اقتبس اكثر ما جاء في هذا البحث من محاضرة القاها استاذنا الفاضل امس وزميلنا اليوم العالم الأديب الدكتور مرشد بك خاطر موضوعها «فورونوف والمجتمع البشري»

الحسنة الدالة على ذكائه ونحط عن الكلاب الاخرى والامثلة كثيرة علي ذلك يطول بنا عدها

اما الانسان فلا تميز القوانين خصاه لدرس العوارض والتبدلات التي تطرأ عليه بعد الخشاء غير ان درس المخضيين في مصر واستانبول كان امثلة كافية لمعرفة هذا الامر . وقد استفاد فورونوف اثناء اقامته في مصر من احتكاكه بهذه الفئة ودرس طباعها والتبدلات التي كانت تطرأ على اجسادها وعقولها بعد الحصي القائدة الكبيرة فأوحى اليه هذا التأمل طريقته وكشف له الطريق الذي سلكه فقد لاحظ ان المخصي اذا خصي بعد البلوغ يتأثر شعر وجهه ويترهل خداه ويشابه منظره منظر النساء المسنات ويسمن بدنه ويحجم ثدياه وتضعف عضلاته ويسترخي قوامها ويلطف صوته ويقل نشاطه ويشيخ باكراً ويتجمد جلده في الاربعين او الخمسين ويتوسف وتظهر على قرنيته دائرة الشيخوخة ويفقر دمه وبسكته واحدة تضعف قوى اعضائه الجسدية جميعها وتحمض ذاكرته وينقص ذكاؤه وتخشع عواطفه ويستولي عليه الخوف فيفقد المرأة

ولنا امثلة اخرى في الانسان يستطيع درسها اعني بها الاشخاص الذين يفقدون خصاهم لطواريء تطرأ عليهم او لأمراض تصيبهم فتستدعي استئصال غددهم فان هؤلاء تمتريهم التبدلات المذكورة آنفاً وكذلك القول في من يولدون وخصاهم ضامرة وفي الحياة عدد عديد من هؤلاء . ألسنا نرى من آن لآخر رجالاً مرط الوجوه مجمدي الجلود لطفاء الصوت تبدو عليهم الشيخوخة الباكرة فهؤلاء جميعهم قد ذبلت خصاهم ونضب

افرازها الداخلي او قلّ ويستطاع اثبات الامر بضده فتى كانت الحصيتان كبيرتين او احدهما جسيمة او متى ولد الولد بثلاث خصى كان منظره مما كسأ للشهد الاول والمجلات الطيبة تورد لنا آونة بعد اخرى مشاهدات من هذا النوع

فقد ذكر الاستاذ مارو (Marro) حادثة ولد في التاسعة من عمره نبنت لحيته وذو شارباه وكان منظرة منظر شاب له من العمر عشرون سنة على الرغم من قصر قامته وكان نشاطه شديداً وعضلاته مفتولة وعقله يفوق عقل ابناه سنه وما ذلك الا لأن احدى خصتيه كانت جسيمة للغاية فهال امره ابويه فذهبا الى من استلّ له تلك الحصية فلم تمر بضعة اشهر عليه حتى تنثر شعر وجهه وصفر حجم عضلاته وخفت قوى عقله وعاد ولداً مناسباً لابناه سنه كل هذا يبين لنا ان الحصيتين لا يؤثر مفرزهما الداخلي في الصفات التناسلية فقط بل في القوتين الجسدية والعقلية ايضاً. وما يقال في غدة الرجل التناسلية يقال ايضاً في غدة المرأة التناسلية او المبيض فاذا نزع المبيض والمرأة فتية شاخت بسرعة واذا كان المبيضان جسيمين سرعانما نمو الابنة واحداً اعراضاً شبيهة بما تحدثه الحصيتان الجسيتان

وقد نشرت المطبوعات الطيبة منذ بضع سنوات صورة ابنة عمرها ثلاث سنوات واحد عشر شهراً كان منظرها شبيهاً بمنظر ابنة لها من العمر اربع عشرة سنة لان احد مبيضها كان جسيماً. والشيخوخة في عرف فوردونوف نوع من الحماء لان الطيعة تخفي الرجل والمرأة وتاقب السنوات يصلب الغدد التناسلية فيعود منظر الشيخ شبيهاً بمنظر المحمي بما يتعلق بصفات

جسده وعقله . بعد ان عرف فورونوف كل ما ذكر فكر في ان يبيض عن الحصيتين اللتين تصلبتا في الانسان وفقدتا وظيفتهما المحددة للشباب بخصية مأخوذة من خليقة فتية ولما كان الامر متعذراً في الانسان لان القوانين لا تجيز له التصرف باعضائه وهبتها ولو اراد . فكر في الحيوان الاشد قرباً من الانسان بتركيب جسده وكريات دمه ، فكر في بعض انواع القردة ولا سيما البعالم (الشمبزي) وبدأ يطعم الانسان بخصية هذا القرد فكان له ان رفع عن الانسان وقر الشيخوخة

طريقة فورونوف الجراحة (١) : لهجت اللسنة كثيراً في السنوات الاخيرة بطريقة فورونوف وعلق كثير من الشيوخ آمالهم بها ونظروا الى رفات الشاعر العربي نظرة تمازجها ابتسامة النصر والظفر قائلين ان ما تمنته اذ قلت

فيا ليت الشباب يعود يوماً لا أخبره بما فعل المشيب

قد تم وما ان الشباب الذي طوته السنوات طي الرءاء انبلج فجره من وراء جبل العلم وبدا فورونوف من على قته زافماً يده علم الشباب وداعياً الشيوخ الى الاستقلال بظله الوارف .

أجل كبيرة كانت الآمال التي علقها بنو البشر على هذه الطريقة ولذيذة كانت تلك الاحلام فكلم من النساء اللواتي جمعد وجوههن الهرم واذبل نضادتهن العمر كن ينتظرن من فورونوف عودة الى الشباب ورجوعاً

(١) مختصرة من مقال للدكتور مرشد بك خاطر استاذ امراض الجراحة في المعهد

الى النضارة ولكن سرعان ما ذوت زهرة الأمل في قلوبهم فهن الآن واثقات في العلم ومترددات بنجاحه وما كن ليثبن به لو لم يكن من فوزه منفعة لا تهاد لها منفعة .

لا ارمي في مقالى هذا الى الخط من مقام هذا الابار (١) ولا انكر بعض فائدته لاني ان لم اكن من المعجبين به فلست من المعالين في تحقيره كما يفعل بعض المتطرفين

انكر البعض على الابار بخصية القرد كل فائدة ونسبوا التحسن الذي كان يطرأ على المأبور الى الاقتاع والتصور كما يحدث في شفاء بعض الادواء العصبية بالتويم المغناطيسي ولكنتي ارى ان خفة الضغط الشرياني بعد توتره الشديد في الشيوخ المصابين بالتصلب الشرياني وتحقق هذه الخفة بالمقياس وقوة تقلص العضلي وزوال العنائة واضمحلال التشوشات البولية في المصابين بضخامة الموثة (البروستات) وغير هذه من التطورات التي تقب الأبار لا تنفأ عن الاقتاع والتخيل بل تمزى الى المفرغات الداخلية للخصية، إفراغات كانت قد نضبت في خصى الشيوخ فأدت الى تلك التشوشات فلما عادت الى الجسد استعاد الجسد بعض قوته ومما يدحض ايضاً قول القائلين بالاقتاع ظهور تحسن محسوس في الحيوانات المأبورة ولست اظن ان الحيوانات خاضعة لسنة الاقتاع .

غير ان ما قبل ويقال عن فوائد هذه الطريقة لا يزال مشكوكاً في ثباته واستمراره فالطريقة اذن طريقة تستعمل في معالجة بعض الحالات وهي لا تخرج عن كونها موقفة

(١) ابر النخل والزرج أبراً وأبرة القطة فالأبر مقابل كلمة (griffe)

تفيد ولا تثبت فائدتها طويلاً ولعل السبب عائد الى الحصة المأبور بها من جهة والى الطريقة الجراحية من جهة اخرى . اما الحصة فلا رجاء بحجتها الطويلة بعد ان قطعت عروقها المغذية وفقدت مادة التغذية الاساسية وهي الدم ودفت في انسجة جديدة لا تبيض عليها ما فقدت لانها لا تلبث ان تنوى وتلتف قبل ان يجهزها البدن الذي ضافها بعروق دقيقة حديثة التكون توفر الدوران الدموي فيها . واما الطريقة الجراحية فبجعلها الحصة في مكان لا نجد فيه الشروط التي كانت حاصلة عليها وهي في قبصها الباطن تمرضها لتلتف وهذا ما دعا الجراحين الى تنويع الطرق الجراحية املاً بوجود ناجية تلائم الحصة المتوردة شبيهة بالناحية التي كانت عائشة فيها ففهم من وضها في السجان ومنهم في جدار البطن ويضعهم دفتها في جوف البطن تحت الصفاق (الباريطون) والبعض الآخر اسكنها في جوار الكلية ولم تعتمد هذه الطرق الا بعد ان وجدت كل فئة من الجراحين ان طرق الفئات الاخرى التي تقدمتهم لم تكن فوائدها ثابتة وان الممرعات الداخلية للحصية بعد ان تكون قُلت وظهر فعلها في البدن الجديد لا تلبث ان تنضب لاستحالة الحلأ الحلالية التي ينسب اليها عفاء الفريزة اليوم الدور المفرغ فاما من طريقة اذن فُلت الطريقة التي سبقها وهذا ما يدعوني الى ان اصف طريقة فورونوف الجراحية كما وصلها وقد سار عليها كثيرون سواء اخص بالذكر منهم بوده (Baudet) وايودريك ودارتيغ (Dartigues) الذي تأخذ عنه معظم هذه المعلومات .

لم يقدم فورونوف على طريقته الحديثة الا بعد ان درس المسئلة درساً دقيقاً ووعى ما اقرته الفريزة (الفسيولوجيا) من القواعد العامة فقد عرف

١ — ان الجسد ذكر أكان ام انثى يستفيد فائدة غريزية متى ابر بضدة تناسلية شبيهة بفتنه

٢ — ان البنية تستفيد الفائدة الكبرى من التنهات الموجودة في مفرغات الغدة ما زالت الاجزاء المأبور بها التي دفت في انسجة الجسد محافظة على حياتها اي ما زالت عناصرها الغدية لم تختنق ولم تتصلب ولم تلتف .

٣ — ان الابر يثبت بسهولة اذا اخذ من غدة مخلوق لم يختلف جنسه عن جنس المخلوق المأبور ويصعب التطعيم متى اختلف الجنس ولا سيما متى تباينت طبائهما واخلاقهما

وتركيب جسديهما وهذه القاعدة عامة في جميع الانواع حيوانية كانت ام نباتية . غير ان لبعد الجنس حداً ودرجات فتى كان الجنسان متقربين كان التطعيم ممكناً وان لم يكنوا واحداً وهذا مادعا فورونوف الى اعتناء خصية البعامة (الشابنزي) وتفضيلها على سواها لان الحصول على خصية الرجل صعب المثل ويعرض طالبها لحرق القوانين الاجتماعية والقضائية ولما كان البعامة في اعلى درجة من سلم الحيوان وكان الانسان قريباً منه لا تفصله عنه من الوجهة الجسدية الا فروق خفيفة وان فصلته عنه فروق لا مادية تجعل ضم هاتين الحقتين الحيوانيتين الناطقة وغير الناطقة مستحيلاً مهما زعم الزاعمون — وكانت صفات دمه ابي كرياتة ومصله كثيرة الشبه بصفات دم الانسان، حتى لفورونوف ان يجعل بين الانسان والقرود قرابة حيوية لا تقوى على انكارها والمحار تنبت بها وان يكن الاقرار بها مؤلماً وجاز له ان يفضل القرود على سواء ويتنقى خصيته للأمر بها غير ان بعض انواع القرود الاخرى لم ترض بالتزول عن هذه القرابة ايضاً وجارت البعامة في طلب حقها ولا سيما النوع المسمى القطرب (سينوسافال)

ويجب ان يؤخذ الا بالمرحى من خصية وصل حاملها الى سن البلوغ لان الخصية في زمن الحدانة اى قبل البلوغ لا تفرغ هذه الفراغات الداخلية ولا تفقد الرجل المأبود فاذا كان الجراح يؤمل بعض الفائدة يجب عليه ان يراعى هذا الشرط الاساسي والا كان فتلهم قرراً . اما الملائم التي تدل على نجاح التأثير الاصطناعي فهي خفة التوتر الشريفي وازدياد القوة العضلية ونقص الانخساج (شدة السمن) ونبت شعر اللحية والشاربين وتحسن الرؤية وغير ذلك من الاعراض الدالة على فعل الفراغات الداخلية للخصية . واما حجم الإبرات فهم مرفقه كثيراً لان ما يتبعه الجراح ويؤمله انما هو بقاء الابلا حياً ريثما تتكون عروق جديدة اى استمرار حياته في تلك الآونة الحرجة التي يمر بها من الجسد المأخوذ منه الى جسد آخر يجهزه . بعض عروق صغيرة تضمن حياته ورغبة الجراح في الحصول على هذه النتيجة تدفعه .

أ — الى اعتناء ابرات صغيرة فلا يجوز اذن أن يؤثر بالخصية كلها ولا ان تقطع منها قطعة كبيرة ايضاً لان العروق الدقيقة الجديدة لا تتكون كما هو معلوم الا على الطبقة السطحية فاذا كان الابلا كبيراً لم تصل تلك العروق الى اقسامه العميقة لتثقل اليها

الغذاء فسموت ويمتد الموات الى الاقسام السطحية ايضاً فتكون جسامة الابر سبياً في موته
ب — الى ترك الابرات الصغيرة التي تشبه البزور المبذورة كما اشار بعض المختبرين لأن
القطع متى كانت صغيرة التهمت بالجلد الذي ضافها فيكون صفر الابر عندئذ سبياً
في موته .

ج — الى تحت ابرات كانتا لسينات دقيقة ليسهل على العروق الدقيقة الجديدة اختراقها واذا
كان حجم الابر شرطاً من الشروط الاساسية في تأبره ونموه فان سرعة نقله من البنية التي كان
فيها الى البنية المدلة لقبوله شرط لا تغفل اهميته عن الشرط الاول لان هذا الابر مشحون قوة
عظيمة من المفرغات الداخلية ومدد الانتقال من بنية تختلف بعض الاختلاف الحيوي عن البنية
التي ينتقل اليها فاذا لم تكن السرعة التي يمر بها من الواحدة الى الثانية كبيرة اضيفت الى
الشروط التي لا تلائم في مسكنه الجديد حالات تعرضه للتلف وهو في طريقه

وبما اننا سنفهم جل حياة الابر الاساسية لكي نلقيه في ميدان حياة جديدة يعيش
فيها بفضل عروق صغيرة جديدة وبحيا بفضل الحرارة الملائمة التي يلقيها يترتب علينا ألا
نقطع جل تلك الحياة الا في الدقيقة الاخيرة اي ان نقيه مطلقاً بحبله المتوي المغذي وبما
نتهي من تحضيره كما يفعل المولدين بتأخيرهم — بحسب نصيحة بودان — عن قطع السرر
بعد ولادة الوليد يضع دقائقاً املاً باكسابه وهو خارج رحم امه قبلاً من دمها السخني
قبل ان تهبط القطرات الاولى من لبنها . وقد اثبت الاختبار ان خيبة الابرات التناسلية
ذكرآ أم اتى ذات علاقة وثيقة بمقاديرها وبالكما الذي تدفن فيه لانها ان لم تجدد فيه
ما يكسبها الحياة او مصلاً كافياً لارتوائها ماتت كما لو دفنت تحت الجلد او في العضل او
تحت الشحم او في الصفاق ولهذا كان للإبرة مقر منتخب ووجب علينا ان نجعل الابر
قريباً من العضو المشابه له الذي يرويه دوران خاص به ويتصف بوسط افرازي وكيميائي
خاص وغريزة خاصة وهذا المقر قد اتخذه فودونوف الا ان غيره من الجراحين لا يرون
رأيه فيه ولعل طريقته افضل كل الطرق. وبوضع الابر على الوجه الظاهر للقميص الداخلي
او على الوجه الباطن والاخير افضل بسبب الري الدموي او تروح المصل الناتجة عن
تخرش الصلبة تخرشاً آلياً وما التروح الا ارض ملائمة لازرع الحلوي ويجب ان ينضج
السطح المد لوضع الابر فيه ويتم تحضيره بتزيينه تزييناً خفيفاً برأس المشراط يساعد على تكون
العروق الدقاق فيه .

دفن الابارات : ان دفن الابارات تحت لحاف كالقميص الحلوي القيني المرتوي بالمدم ارتواء يفوق ارتواء الطليقات الاخرى العميقة يحفظ الابار حفظاً تاماً وجعل الابارات على الوجه الباطن للقميص الداخلي أدخل حديثاً على هذه العملية وكان سيئاً في كثرة نجاحها لان الابار يشبه عندئذ دودة القز في القليجة ويدفن كل ابار على حدة حتى اختبرت طريقة الوجه الظاهر للقميص الداخلي وتدفن الابارات كلها دفعة واحدة حتى اختير الوجه الباطن . ومنى كان القميص الداخلي صغيراً وضيقاً ولمتصقاً يجب الا توضع هذه الابارات في جيب لاجوده له لان القميص لا يحيط عندئذ كل الاحاطة بها فتموت . وتفضل حينئذ الطريقة الثانية

توزيع الابارات : يجب ألا تكون الابارات قريباً بعضها من البعض الآخر كثيراً وان تتحاشى عن ملامسة احدها للآخر ويجب أيضاً ان يراعى في وضعها نظام وترتيب خاصان وان يكون بينها فواصل كافية لتتوي ارتواءاً حسناً وتحياً ولهذا يجب ان توزع الابارات على الحصين لا على خصية واحدة . ونقسم العملية الجراحية قسمين الاول منها يصنع على القرد ويقوم بضع الغدة التناسلية ونحت ابارات منها والثاني على الرجل ويقوم بابر الاقسام المأخوذة وتثبيتها . ويجب ان تجري العمليتان في آن واحد اي ان يجري احد الجراحين العملية على القرد بينما جراح آخر يجري العملية الثانية على الانسان ولتراجع في الاثنتين قواعد الطهارة والتطهير مراعاة دقيقة وليجتنب قطع الابارات كما سبق مرة واحدة ولقطع الواحد منها بعد الآخر بينما الجراح الآخر يأبرها ويلصقها فاذا روعي هذا الشرط الأخير وهو عظيم الشأن لم ينقطع عن الابارات غذاؤها ودورانها الا بضع ثوان

عملية القرد : يخذد القرد في قفص خاص وبعد ان يسترق في النوم يحمل ويوضع على منضدة العملية ويربط طرفاه الملويين وطرفاه السفليان ربطاً قوياً ويحلق شعر قاعدة الصخزين والعفن وتطهر ان تطهيراً متقناً ثم تحاط الناحية بالرفادات المطهرة . وتبدأ العملية على الصورة الآتية :

في الزمن الاول : تؤخذ الحصى بين ايهام اليد اليسرى وسبابتها وتشد غلافاتها لكي يسهل شقها ويؤخذ باليد اليمنى مشراط رأسه حاد فيشق به شق محاذ للخط الممتد من قطب الحصى العلوي الى القطب السفلي قاطعاً غلافات الحصى حينما تفتري الحصى من

غللافاها وتخرج مع ريجها خارج الشق
وفي الزمن الثاني : يقطع البرج بلقص لان بتره واجب قبل شق الحصة شقوفاً متناوبة
وفصلها الى ابارات

وفي الزمن الثالث : تقسم الحصة ستة اقسام متساوية وكل منها يكون إباراً واحداً
وتوصلاً الى ذلك تثبت الحصة التي لا تزال مطلقة بحبلها النوي بمناقش تشريحي تحمله.
اليد اليسرى ويجعل هذا المناقش على قطبها السفلي ولا يتناول منها الا لحافها الابيض ثم
يؤخذ باليد اليمنى مقص قوي قاطع فيشطر الحصة شطرين حسب الوجه السهمي ثم يقسم
كل نصف ثلاثة اقسام متساوية فيكون الصف الايسر ثلاثة ابارات ممددة لأبر حصة
الرجل اليسرى والصف الايمن ثلاثة ابارات ممددة لأبر حصة الرجل اليمنى . وبعد ان
تنفصل الحصة الى ستة اقسام متساوية تؤخذ واحدة من هذه القطع الست بمناقش تشريحي
من رأسها وتقطع فيكون منها إبار وتبقى القطع الاخرى عالقة بالحبل النوي ومتناولة
منه غذاها ريثما ينتهي الجراح الثاني الذي يكون قد أجرى العملية على الانسان من ابر
القطعة التي قدما له الجراح الاول فيقطع عندئذ إباراً ثانياً ويدفنه اليه ليأبره ولا يبطيه
إلّا برين دفعة واحدة .

وفي الزمن الرابع : بعد ان ينتهي الجراح الاول من قطع الابارات الستة والجراح
الثاني من ابرها يربط الجراح الاول الحبل النوي بحيط حرر او كتان ثم يقطعه
وفي الزمن الخامس : يحيط غلافات الكيس بآرة رافاردان غرزاً متفرقة بحيط
حرر او كتان

عملية الرجل : تظهر ناحية الصفن ثم يباشر التخدير الموضعي تحت طبقات الجلد وهذه
هي ازمة العملية

الزمن الاول : يؤخذ الصفن باليد اليسرى وتسد الحصة الى الوسطى والسبابة اليمين
تشدان غلافات الصفن في الحلف ليسهل شقها ثم يشق الجراح الجلد بالمضع الذي يحمله
يده اليمنى شقاً وافقاً على المحور الصفي للجهة التي خبدها ويقطع هذا الشق جلد الصفن
كله وبعد تفريقه عن الطبقة الليفية توضع عليه بضعة مناقش ليرف ثم يشق الجراح شقاً
ثانياً بعد ان يأخذ الحصة يده اليسرى كما في السابق ويشق الطبقة الليفية شقاً واسعاً على مسير

الشق الصفي الأول ويغرف بالقص هذه الطبقة عن الوجه الظاهر لطبقة القميص الفشائي قاطعاً كل الألياف الحلوية التي تربط هاتين الطبقتين أحدهما بالآخرى .

ثم يباشر تحضير السطوح المدة لار الإبارات بالبرغ والبشر وذلك ان تقف اصابع اليد اليسرى الثلاث الواقعة في الوسط كأنها محجن فتقلب الطبقة الحلوية الليفية وتبسط وحدها الباطن بينا اليد اليمنى تبرغ برأس ميزج حاد المسكان المد لار الإبارات بزغاً خفيفاً يدعو البنية الى تكوين عروق دقيقة جديدة بين الطبقة الحلوية الليفية والوجه الظاهر اللي للابار الحصى

الزمن الثاني : يؤخذ الإبار ذو الشكل البيضي من طرفه بمنقاش شاو ويستوى الماوان بحمله ملاصقاً ومنطبقاً على السطح المد له ويجب ان يكون سطح الإبار اللي ظاهراً الى الوجه الظاهر للقميص الفشائي وتؤثر كل خصة من خصي الرجل بثلاثة إبارات أحدها نصفي على الوجه الامامي لوردة القميص الفشائي الجدارية والآخران جانبيان في الرتجين او الجبين الصفتين اللذين كوتا لهذين الإبارين ويثبت كل ابار من قطبيه بابرة دقيقة ويخط حشة دقيق رقه (٠٠) . ويجب ان تخترق الابرة من الإبار لحافة الابيض الشديد المقاومة وألا يكتفى بان تجتاز اللب الذي يسهل تمزقه . ومراعاة هذا الشرط تضمن للإبار التصاقه وثباته وتأثيره

الزمن الثالث : بعد ابر الإبارات الثلاثة يأخذ الماوان بمنقاش طرفي الطبقة الحلوية التي شقت شقاً خيطياً ويشدها شداً يمكن الجراح من خياطتها بسرعة خياطة ثلاثية يخط حشة دقيق رقه (٠ أو ١) ثم يزج النقاشان ويوضان على الصفن ويشدهما الماوان شداً مستطيلاً كما شد شق الطبقة الليفية ويخط الجراح الجلد غرزاً منقطعة بالحريز الدقيق ويجوز ان يخط الجرح بقارب ميشل .

نناج طريقة فوزونوف كما بصفها هو

في الجسد والبعد والحالة الحية

: يؤثر التطعيم في الجسد تأثيرات عديدة تبين بجلاء ما للفرز الحصى من الفعل المجيب فهو أولاً ينبه القوى التناسلية وليس هذا بالأمر الذي

يرغب فيه الانسان عادة متى هرع الى الاختصاصي سائلاً اياه ان يطعمه
 بخصية فرد في لان الشيخ بعد ان يكون قضى حياة طويلة واكمل بها دوره
 التناسلي ينظر اعباء هذه الحياة التي تثقل كاهله فيرغب في زحزحتها عنه وقلما
 يفكر في التصابي والمودة الى مغازلة الحسان . ويقول فورونوف ان الذين
 طعموا بنية استعادة القوة التناسلية لا يتجاوزون ثلاثة في المائة على ان التطعيم
 لا يعيد هذه الخاصة الا متى كانت خصيا الشيخ لم تبلغا من التصلب حداً
 اقصى لان التطعيم لا يحيي الميت بل ينبه الحياة الذابلة على ان
 فورونوف هذا لا يوقن به تماماً لان الشيوخ يخفون رغبتهم الثانية وقلما
 نجد من يجاهر بها اذا استثنينا بعض الشمره الذين يظنون يغشون بما يحتاج
 قلوبهم من الحب والتصابي والشاعر المبصري الفرنسي فيكتور هينوا كبر
 مثال على ذلك فان زهرة الحب لم تذو في قلبه حتى الثمانين من عمره
 ويؤيد هذا القول ما جاء في كلام معلم العقل والعلم والادب الجاحظ
 حيث يحدثك عن محمد بن عباد فيقول لك سمعته يقول وجرى ذكر النساء
 وعلمن من قلوب الرجال فقال لخاصيته أستم تعلمون اني قد اريت على المائة
 فينبغي لمن كان كذلك ان يكون وهن الكبر وموت الشهوة وانقطاع
 ينبوع النطفة قد امارت حنينه الى النساء وتفكيره في الغزل وينبغي ان يكون
 من عود نفسه تر كهن مدداً وتحلى منهن سنين ودهراً ان تكون العادة وتربى
 الطيعة وتوطئ النفس قد حط من ثقل منازعة الشهوة ودواعي الباء وينبغي
 ان يكون من دعاء الزهد في الدنيا وسنحت قسه عن السكن والولد وعن
 ان يكون مذكوراً بالقلب الصالح ان يكون قد نسي هذا الباب كله ان كان

قد مرّ منه على ذكر . ثم قال فاني بعد جميع ما وصفت لكم لا أسمع نعمة المرأة فأظن مرة ان كبدي قد ذابت واظن مرة انها قد تصدعت واظن مرة ان عقلي قد اختلس وربما اضطرب فؤادي عند ضحك احداهن حتى اظن انه قد خرج من في فكيف ألوم عليهن غيري ،
ودليل آخر تقدمه رداً على دعوى فورونوف هو ما شاء عنه من امر زواجه بفتاة في ريمان الصبا

لذلك نعتقد ان الشيوخ الذين عالجهم فورونوف لم يكشفوه الا بامنية واحدة من امانهم فعملوا النشاط الحيوي هدفاً اولاً لا اعتقادهم بانه متى تم لهم ذلك تحققت في الغالب اغراضهم الاخرى .

١ - خفة الانقباض واعني به فرط السهانة نرى حيث سرنا اشخاصاً يتجاوز وزنهم مائة كيلو يحملون حيث ساروا هذا الحمل الثقيل ولا يجدون الى لقائه عنهم سبلاً . ان هؤلاء تكون مفرزات غددهم الداخلية قد قلت او اختلت ولا سيما مفرزات خصاصهم فطمت الخلايا الشحمية في اجسادهم على الخلايا الشريفة وحلت محلها فاذا جددوا فيهم هذا المقرّب الحصري بان طعمناهم بخصية جديدة ترسل الى دماهم هذا السائل اللبّ خفت وطأة تلك الشحوم وفقدوا كثيراً من وزنهم وطرخوا عنهم ذلك الحمل الثقيل الذي الفتة العليمة على اكتافهم ويدعي فورونوف ان احد مطعميه فقد في بضعة اشهر عشرين كيلواً من وزنه .

٢ - اتقاص التورّ الشرياني : شرايين الانسان مرنة لينّة غير ان مرور السنوات يصلبها ويقسها وكذلك القول في الشكيتين فتى صلبتا ارتفع تورّ

الدم في الشرايين واضطر القلب الى مضاعفة عمله لقيام بإرسال الدم في شرايين صلبة لا تساعد بمرونة جدرانها على عمله فيضخم ويتسع ويرتفع التوتر الشرياني وبعد ان يكون في الشاب المنة شرايينه ١٣ سنتماً يبلغ ٢٠ سنتماً ويتجاوز هذه الدرجة أحياناً وهذا الامر لا مناص منه لان العمر شبه شي بحسب تشبيه بعضهم بالصدا الذي يملق تلك المروق الدموية، فاذا ما طعم الشيخ المتصلب وبث ذلك الطعم بمغززه الحي في الدم ونبه الخلايا الشريفة دب فيها روح الحياة والتجدد فلانت المروق وانخفض توتر الدم وهذه الحادثة التي لا يدركها غير الطبيب ولا يعاها بها المرضى لانهم لا يفقهون ما لها من الشأن اكبر دليل على ما للطعم الخصوي من التأثير في إعادة قوة الشباب لان الانسان بشرايينه فاذا ما صليت شاخ ولو لم يتجاوز الاربعين واذا ما كانت لينة بقي قتيماً ولو تجاوز السبعين فاذا لم يكن للطعم من تأثير سوى هذا لحق لنا ان ندعوه المتقد الاكبر للشيوخ

٣- قوة المضلات: الطعم يجري في المضلات روح الحياة فينشط الجسد فيقويه ويمود الشخص الى حياة الكهولة

٤- تحسن حالة المسامين بضخامة البوثة (البروستات) والتهابها: متى شاخ الانسان فتنضمخ مويته وتعتريه اختلالات بولية قد تفضي الى انسداد فوته او يضطرم الى اجراء عملية جراحية تستأصل بها هذه الغدة ولا يخلو هذا العمل الجراحي من خطر والتطعيم الخصوي يحسن حالة المويثين تحسناً شديداً ويذيل الاختلالات البولية التي تمتزجهم ويخفف عنهم وطأة هذه الحالة المزمنة التي قد تغلب في بعض الشيوخ على جميع الاضطرابات التي تصيبهم

هـ - تأثير الطعم في العقل - لا يقل عن تأثيره في الجسد لا بل يفوقه لان الانسان بعقله فاذا كان مقعداً وبقيت له قواه الماقلة وظل نور دماغه مضئاً يبعث بافكاره الوضاعة التي اكسبها الاختبار الطويل سداداً فانه يظل سميداً ولو حرم حياة المشاركة لانه اذا تعذر عليه ان يشارك بني جنسه بجسده الضعيف تمكن من مشاركتهم بعقله النير وكتابات و افكاره والسواد الاعظم من الذين يطلبون الطعم على رأي فورونوف يطلبونه لهذه الغاية فاما ان يكونوا قد فقدوا الذكاء فاملوا ان يعاد اليهم ما فقدوه واما ان يكونوا قد خسروا توليد الافكار واحكامها وترتيبها فيرجوا ان يستعيدوا ما خسروه واما ان يكونوا قد عجزوا عن الاتيان بأخف الاعمال العقلية . وفعل الطعم على رأي فورونوف في هذه الحالة عجيب غريب فكم من الهامين عادوا الى كرسي الحمامة بعد ان كانوا قد اعتزلوا مهتهم المرة لتبذد افكارهم ولمعجزهم عن المرافعة والضياع ذا كرتهم وكم من الاطباء الذين هالهم ما هم فيه من وهن القوى الماقلة وعجزهم عن استجماع افكارهم لتشخيص امراض مرضاهم وتوجيه المعالجة الفعالة اليهم فقبعوا في يوتهم واعتزلوا مهتهم واذا بهم بعد التطعيم يعودون الى مسرح الطبابة كأن حياتهم قد تجددت وكأن الشباب قد عاد اليهم وكم وكم من الشعراء الذين نضبت قريحتهم وخشفت عواطفهم بعد ان كانت اشعارهم ترفع سامعيا فكسروا القلم وقطعوا كل صلة بالكتابة والتنقيب فاذا بهم يعودون الى تدسيج المقالات الشائقة ووضع المؤلفات النادرة وكشف الكشوفات المعجبة . ولا عجب فانا اذا قمنا نظرة على حياة كل فرد من المنفردين

التابعين رأينا ان اعظم الاعمال التي قام بها قد تمت في الزمن الذي كانت به غذائه التناسليتان نشيطتين ويقول مشنيكوف ان النابغة يفقد كثيراً من نبوغه متى خسر وظيفته التناسلية . فاذا ما اعيد الى الشيخ الحكيم الذي خبر الدهر وحنكته السنون نشاطه الذي فقدته كانت له قوة الشباب وحكمة الشيوخ وصفوة القبول ان قوى العقل والجسم جميعها تتبدل بدلاً غريباً بفعل الطعم

٦ - اطالة الحياة: هل تطيل عملية فورونوف الحياة؟ اذا كان المقرز الحصىوي الداخلي يؤثر هذا التأثير الحسن واذا كان المخصيون يشيخون قبل الاشخاص الاصحاء فانهم ولا شك يموتون قبلهم ايضاً واثبات الاول مستصعب على الانسان لانه يستدعي وقتاً طويلاً لم تجتزه بعد طريقة التطعيم الحديثة غير انه سهل على الحيوانات لان حياتها اقصر من حياة الانسان . اما في الحيوانات فقد دلت الاحصاءات على ان حياة الحيوانات المطعمة تطول . فقد طعم فورونوف كبشاً في سنته الثانية عشرة فماش وهو ممتلئ نشاعاً حتى العشرين سنة والسنة العشرون من حياة الكبش تماثل في الانسان المائة والستين لان شيخوخة هذا الحيوان بتدريء في السنة التاسعة واقصى حياة يصل اليها لا تتجاوز الرابعة عشر فيكون الطعم قد اقصى الشيخوخة عن الكبش لانه بقي الى آخر ايام حياته نشيطاً يقوم بوظيفته التناسلية حتى الموت واطال حياته في الوقت نفسه زهاء خمس سنوات . والاختبارات من هذا النوع عديدة نضرب صفحاً عنها غير انها تبين بجلاء ان الطعم يطيل الحياة ايضاً ذلك ما يقوله فورونوف عن طريقته غير ان المتقين ابانوا ان النتائج ليست واحدة في جميع المبتضعين وانها تختلف من شخص لآخر .

وقد ذكرت حديثاً الصحف الطيبة والجرائد اليومية ما شوهد في شيخ
طعم على طريقة فورونوف نثنته هنا للتفككة ليكون بحثاً كاملاً على انسا
لا نعتقد بان تطعيم الانسان بخصية القرد تكسبه صفات هذا الحيوان
ذكرت جريدة سكويريري ديلاسيرا التي تصدر في ميلانو تفاصيل حادث
عجيب وقع الاستاذ المتقاعد جان ساندور وكان له ٧٦ سنة من العمر ، وجد
الاستاذ المذكور ان بلوغ هذه السن يجب ألا يكون حائلاً بينه وبين
الاستمتاع بما يتمتع به الشباب وخطر له ان يطعم بخصية القرد فاجرى له
الدكتور رينيس عملية فورونوف . وخيل بادى ذي بدء انها نجحت الى
ابعد حدود النجاح . الا انه اتفق ذات يوم ان زار الاستاذ ساندور حديقة
الحيوانات في بودابست ورأى القردة فيها فاصفر لونه فجأة وأغمي عليه
وخف الناس لاسمافه فلما افاق اخذ يصرخ ويصيح قائلاً ان حياته ستصبح
كحياة هذه القردة وكانت دهشة القوم عظيمة حين شرع يقلد اصوات القردة
وحركاها . وعاش منذ ذلك اليوم ساندور عيشة القردة فلم يكن ينام في فراش
بل يقضي الليل جالساً القرفصاء في احد اركان غرفته ولم يكن يأكل غير
الحضر وتجيلى ماله الى جوز الهند بنوع خاص . واقل بعض العلماء يفحصونه
وخيل الى بعضهم ان ما طرأ على الرجل ليس سببه الجنون بل القدة
التي ادخلت على جسده بالتطعيم

الاشباب بطريقة دوبلر

طريقة دوبلر (Doppler) - بحث عن هذه الطريقة في مؤتمر الاطباء

الالمايين الذي عقد سنة ١٩٢٨ في براغ والغاية منها استئصال الودي (السبباني) بالطرائق الكيميائية بدلاً من الطرائق الجراحية التي لجأ إليها لاوريش (Leriche) وتقوم هذه الطريقة بتخريب الالياف الودية حول الشرايين بمادة كيميائية كالكحول والنشادر . غير ان هاتين المادتين مؤذيتان ولذلك استعاض عنها دوبر بمادة الايزوفنول (isophénol) . ينتج من ملاصقة هذا السائل لنسيج من النسيج الحية تقبض موقت في العروق يتبعه اتساعها اتساعاً شديداً في الليثة المجاورة . يبقى هذا التمدد ثلاثة اسابيع تقريباً . قيطلي دوبر عروق الحبل المنوي والقدد التناسلية بهذه المادة فتوسع عروقها ويفضي ذلك الى نشاط الغدة ويؤول هذا الامر الى الاشباب وطريقة العمل سهلة للغاية فيجرى شق مائل حذاء ثقب القناة الاربية الظاهر ويجرد الحبل المنوي ثم يصرج بقطن او غزير منبلل بمحلول الايزوفنول ثم يفتح قميص الصفن المصلي وتجذب الخصية الى الخارج وتبزغ بزغاً دقيقاً ثم تطلّى بالمحلول المذكور .

ويطلّى في المرأة الرباطان المريضان . وقد لوحظ ان النتائج في طريقتي فورونوف ودوبر تكاد تكون واحدة وتفضل الثانية الاولى بكثير لانها ايسر عملاً واقل نفقة . وقد جرب الاستاذ سيمون من بطرسبرج هذه الطريقة فأتضح له حسن تأثيرها . واذا ما شاهدته في بعض مبضعيه : تحسنت الرؤية وزالت الكدورة الناتجة من الساد (الماء الازرق في العينين) ونقص مد البصر الشخي ونشطت الحالة العامة بعد اسبوعين من يوم البضع واستمر هذا النشاط شهوراً استعاد فيها الجسم صحته وعافيته وعادت الغريزة

الجنسية الى الظهور بعد طول الغياب وقد استمرت هذا التحسن ثلاث سنوات

طريقة كاوازي في العلاج

طريقة كاوازي (Cawazzi) تقوم هذه الطريقة بمحقن باطن جلد الشيوخ بـ ٢ - ٣ ستمترات مكعبة من مصل الدم الصادر من خصى حيوانات فنية وسليمة وتستند الى كثرة الرسل في الدم النازح عن الحصى ويمكن في هذه الحالة ان يؤخذ مصل دم اي حيوان كان على شرط ان يكون فنياً في اول البلوغ وسليماً . وهذه الطريقة حديثة قال بها كاوازي - من بولونيا سنة ١٩٣١ واجراها في باريز تحت اشراف ابن شاول رئيسه وغوته وغي لادوش وغلاي لحسة شيوخ من مأوى العجزة في اغري فاتضح للراقيين ان مصل دم الحصى الراجع يعيد القوى والشبق ويحسن الوظائف المضوية ويزيد وزن الهزال وغير ذلك من مظاهر الاشباب . لم تدرس بعد هذه الطريقة درساً كافياً غير ان سهولتها وسرعة ظهور النتائج المستحصلة منها واستمرار النشاط اثرها قد يجعل لها مقاماً سامياً بين الطرائق المتبعة في الاشباب .

ومن الوسائل المستعملة في تجديد الشباب والمستندة الى رسل الحصى وحفزها على النشاط تسليط الاشعة المجهولة على الحصى لتنيه خلاياها على الانقسام او معالجتها بالاستحراق (diathermie)

تلك هي الطرائق المستندة الى عمل الحصى واثره في الوجود الا ان ايسكوتدسكي يتقدها انتقاداً مرأ ويقول ان تأثيرها لا اثر له الا في مخيلة موجديها وانه لا صلة لدعواهم بالحقيقة .

واجب الوفا.

لو اتأد البيروتي قليلاً في سيره ولم يسرع الخطى وهو يطوي حافة الميناء في نيسان العام (١٨٤٠) للحظ من وراء الافق شراع مركب مقبلاً يتهادى في فتور وقد اتعبه السفر الطويل. هو آتٍ من بلاد بعيدة لم تبلغها اجدادنا آنذاك حتى في الخيال.

ان المركب يبدو شيئاً فشيئاً، انه قد اقترب من الشاطئ، واول من ظهر من ركابه شاب لا يتجاوز الثانية والعشرين من سنه يقف عليه بين الامواج المتلاطمة باسم الثور منتصب القامة ينو الى السماء تارة ثم يمدق طويلاً في مدينة بيروت الصغيرة الجاثية في سفح لبنان الشاخ على شاطئ البحر المتوسط.

اشهد ان في رأسه لحدثاً وفي عينه لخبراً. انه رسول النهضة الحديثة، انه كورنيلوس فازديك.

نزل الى بيروت وراها محصورة بين بوابة يعقوب والبحر وباب ادريس وساحة البرج وتطلع الى ابنتها فرآها صغيرة منهزمة وتمشى في سوقاتها فوجدتها ضيقة مظلمة وجال في ضواحيها فلاق حقولاً يحيط بها الصبار ومن حولها الرمال تهاجم البلد. وقدر عدد السكان فما زاد على عشرة آلاف

بلد خامل على سفح لبنان، وشعب نائم على موسيقى امواج البحر الايض وجهل منتشر، وقناعة مستولية واستسلام اصمى، هذا ما رأى في مدينة بيروت

التي اصبحت اليوم لؤلؤة الشرق الادنى العربي ومدينة العلم والنور والثقافة والتقدم. ولكنه عرف ان وراء تلك النظرات التأهية الهادئة عقولاً نيرة وقلوباً كبيرة ووجد في تلك النفوس الساكنة ربة خصبة لا يعوزها الامول مخلص يبه ساكنها ويظهر كنوزها. واكتشف وراء تلك الابنية البسيطة تاريخاً مجيداً يكفي ذكره ليحصل من هذا الهدوء ثورة ومن هذا التأخر تقدماً ومن هذه الوداعة التأهية نشاطاً.

لم يدر احد بقدومه سوى رفاقه وزملائه فقد كان كالمخلوق الجديد المبقرى يحجب ولا يعرف احد بعجيبته ويعضي فيشعر كل امرئ بفقده وانا اذا ما قلت انه كالمخلوق الجديد عرفت ما اعني ، فقد بدأ منذ قدومه كائناً جديداً فتعلم لغة جديدة وتطبع بطباع جديدة ولبس لباساً جديداً. وما هي الا سنين معدودة حتى عم اسمه ارض سورية وجبالها وملا انظار شبابها وشغل عقول رجالها : لقد احب سورية واجتبه خباها من جهوده كل غال وخلمت عليه من تقديرها كل سام.

وليس عجيباً ان نذكره وقد مر على قدومه سبعة وتسعون عاماً فنحن عرب وقد طبعنا على الوفاء نذكر للمحسن احسانه ولا ننساه وان مجلة المهدي الطبي العربي تقف اليوم عدداً من صفحاتها لتخليد ذكره ولا سماع من لم يسمع باسمه من ابناء الجيل الحاضر ان رجلاً انسانياً قدم للنهضة العربية خدمات جلى ، وان رجلاً انسانياً غريباً عن اللغة العربية بدأ عصرأ جديداً في نهضة اللغة العربية

يقول مترجم حياته ان فان ذلك لم يخترع ولم يتبكر ونحن نقول في

تلك الحقبة من الزمن التي مرت على سورية ما هي قيمة الاختراع والابتكار في حياة العرب السوريين الذين كانوا يغطون في نوم عميق . عيّنّا لو ارسل الى سورية اعظم مخترع واكبر مبتكر لما استطاع ان يقدم لها ما قدمه فان ديك . أجل لو قدمها نيوتن بجاذبيته وبلزك بفيزيائه وباستور بجراثيمه لما استطاعوا ان يعملوا في سورية بعض ما عمله فان ديك . فانه كان في شغل عن عبقرية الابتكار بمقرية الايقاظ والانهاض ولقد كان رجل الساعة وانه لمن الصعب ان نجد رجلاً آخر في القرن التاسع عشر يستطيع ان يلعب الدور الذي لعبه في تثقيفنا ونفخ روح الحياة الجديدة فينا .

لقد وجد فان ديك عندنا ثقافة شيخة فلقصها بثقافة شابة ، لم يقل لنا تعالوا تعلموا الانكليزية لترتقوا ، بل تعلم هو العريسة لينهض بنا ونشر آثارنا العلمية ليثبت فينا كبرياء تاريخنا ، تلك الكبرياء التي يحتاج اليها كل شعب ناشئ ليستقي من معين ماضيه ما يحمي به ميت حاضره .

ثم اظهر لنا ان اللغة العربية تقسم لضم شعب النهضة الحديثة ولنشر جميع اسرارها . وساهم في سبيل الامة العربية باعظم نصيب في تأسيس الكلية السورية الانجيلية ، وفي سبيل اللغة العربية لم يتردد ان ينسحب من العمل الكبير الذي قام به ولم يتردد في التنازل عن كرسيه الذي كان اثبت الكراسي لوزاير الشموعيين من الاميركيين .

لقد عرفت احد ابناء كورنيليوس فان ديك وهو الاستاذ الدكتور وليام فان ديك ، سمعته خطيباً يسحر الألباب في سنة ١٩٣١ ومحاضراً يسير بمقول ساميه الى هدفه بلا غناء وما زلت اذكر علامات الاحترام التي كانت تبدو

على بحيا العميد المرحوم نيكولي وهو واقف على باب غرفة المحاضرة في بناية
بوست يستمع للطلاب للدخول قبل حلول الوقت واغلاق الباب .
لقد كان كورنيليوس فازديك ملاكاً من ملائكة الرحمة يعزي النفوس
المزينة ونسياً من المرح يمش الاجسام التعبة ، وشماعاً من البهجة يغمر
القلوب المظلمة ورسولاً من رسل النهضة يثير المقول الغافلة ويوقظ
الهمم الراكدة .

وانه منذ اثنتين واربعين سنة هجر سورية ليصبح كنزاً من كنوزها
دفيماً وفصلاً من تاريخ نهضتها ثميناً .

سترى ايها القارىء بعد هذه الكلمة ترجمة جميلة لحياته الجليلة بقلم الباحث
الفاضل الدكتور لطفي السمدي جعلنا مقدمة لها واجب الوفاء نحو هذا
الرجل الكبير فاقراً وادهش ...

الليم

وجه نجا

العلیم کور نیلیوس فان اولن فان دیک

(سنة ١٨١٨ - ١٨٩٥ م)

بقلم الطیب لطفی الحدی وترجمة الطیب وجیه نجبا

هو الطیب المرسل الامیرکی الی سوریه فی القرن التاسع عشر . ونحن اذا اردنا ان نقدر حیاتہ واعمالہ حق قدرها کان علینا ان نحيط بما حدث فی سوریه بعد سقوط مدینة العرب . ولس فی هذه الرسالة متسع للاسترسال فی سرد انتقال المعارف من اللغات الیونانیة والهندیة و غیرها الی اللغة العربیة فی حکم الاسرتین العباسیة والاثومیة (٦٦٢ - ١٢٥٨) م ولا سیل الی وصف ذلك العصر الزاهر الذی لم تقتصر الجهود فیہ علی نقل المعارف فقط بل تمدتہ الی الخلق والایجاد .

فی اواخر القرن الثالث عشر للمیلاد سادت المذاهب الدینیة واشتد السقوط السیاسی دون ان یقف فی سبیلہ مانع وعجل هذا السقوط تقدم هولاکو المغولی الذی سبى بغداد واتلف خزائن کتبها وقتل الخلیفة المستعصم (١٢٥٨) م ثم وجه فردیناند وایزایلا ضربة ممائلة لثقافة العربیة فی الاندلس حیثا انتصرا علی غرناطة .

تحت حوافر التتر فی الشرق دفت بغداد ، وفی ظل صلیب الکاسلیل . والاراغون دمر قسم عظیم من کتزا سبائیة العربیة الی الابد . ومع ان اللغة

العربية اُمتحت بتاتاً في اسبانية . فقد ظلت في الشرق حية يصونها القرآن وهكذا استمرت رواية العالوم بها مدة طويلة . ولكن الادب لم يماش في الابتكار ما انتجته العرب قبل القرن الثالث عشر .

وقد كتبت منذ ذلك الوقت حتى القرن التاسع عشر كتب عديدة في الطب غير انها لا توازي ، على ما نظن ، المؤلفات القديمة السابقة فكان ركود علمي وثقافي استمر حتى جاءت غزوة بونابارت لمصر وسورية بالمنبه المبكر واعلن انتصاره نهضة التعليم الحديثة في مصر .

كانت مصر في بدء القرن التاسع عشر قطعة من الامبراطورية العثمانية وكان المماليك يحكمونها في الواقع . وكان هؤلاء منهكين في حروب اهلية تزهق المامة التي كانت تقاسي الأمرين من فقر مدقع وجبل مشين . واستمرت هذه الحال حتى ايام محمد علي (١٨٠٥ - ١٨٢٩) الذي ذبح المماليك وبسط سلطانه على بلاد العرب وسورية والسودان .

أسست في حكم محمد علي المدارس الحديثة وترجمت الكتب وارسلت البعثات العلمية الى اوروبا وسنحت للقطر المصري الفرصة فبدأ يخضع لتأثير المدنية الغربية .

وفي اوائل القرن التاسع عشر كان يمارس الطب اناس لا يتجاوز مدى معارفهم حد بعض الحقائق الاساسية التي كانوا يتلقونها شفاهاً وكان اكثرها تقليدياً ، (١) . وتوسع بعض منهم في معلوماته الطبية فقرأ الكتب

(1) Larrey, D. J. — Relation historique et chirurgicale de l'armée d' Orient en Egypte et en Syrie - p.410 Paris 1803

القديمة التي كتبت في عصر العرب الذهبي (٧٥٠ - ٨٥٠) فلا عجب اذا ظل قانون ابن سينا الذي كتب منذ قرون كثيرة آخر مرجع للممارس . وكانت الجراحة الصغرى بأيدي البرابرة الذين لم يكن لهم لا دراسة ابتدائية ولا اقل معرفة في التشريح .

وكان المجبرون في مصر زمرة جاهلة تتلاعب بسذاجة الشعب وتحمله على الاعتقاد بمقدرتها على مداواة الكسور ينما كانوا لا يداوون الا الخلع (١) اما الطب العلمي الذي نعرفه اليوم فقد كان مجهولاً في مصر . ثم دعا محمد علي علماء فرنسيين الى مصر وعلى رأسهم الطبيب الفرنسي المشهور «كلوت بك» الذي كان واسطة لتأسيس المدرسة الطبية الاولى في مستشفى ابو زبال بجانب مدينة الشمس (١٨٢٥) . ثم نقلت بعد سنة الى مقرها الحاضر - قصر العيني . وفي العام ١٨٣٢ سافرت الى باريس اول بعثة طبية مؤلفة من اثني عشر طالباً للتقصي في العلوم بعد نيل الشهادة . ورافقهم كلوت بك . وبعد ان امضوا في اوربة ثماني سنين وتسعة اشهر عادوا الى مصر وبدأوا يترجمون ما كتبه الغرب في الطب الى اللغة العربية . فلم تمرّ عشرون عاماً حتى ترجموا ستة وسبعين كتاباً من احسن ما عرف في الطب . وكان ما نشره اسبأباً لآخر نهضة في الطب العربي حتى يومنا هذا .

ان حالة سورية الاجتماعية والسياسية في فجر القرن التاسع عشر لم تختلف عنها كثيراً في مصر . فقد كانت سورية ولاية عثمانية يحكمها حكام اترك

(1) Clot Bey , Aoverçu général sur l' Egypte Vol. II P. 15 .

وكان هؤلاء في خصام دائم . ولم تكن مسؤوليتهم امام السلطان بصفة كونهم حكاماً أقطاعيين اكثر من اداء ضريبة تفرضها الحكومة المركزية المستضيفة في القسطنطينية واما ما يتعلق بالاعمال الداخلية في الدولة فان الوالي نفسه كان بمثابة القانون . ولكن غزو ابراهيم باشا بن محمد علي سنة ١٨٣٢ اتخذ الموقف تسع سنين .

لقد حلم محمد علي - اول خدو في مصر ، ان يفتح سياسة مرماها جمع الشعوب العربية تحت قيادته . ولو لا تدخل القوى الاوربية التي اضطرت جيوش ابراهيم باشا الى الانسحاب عن سورية سنة ١٨٤١ لربحت هذه حصتها من فائدة المجموع . وتبع هذا الانسحاب عهد فوضى واضطراب . ولندكر في كل حال ان النهضة الاجتماعية والادبية بدأت في سورية منذ اواسط القرن التاسع عشر ويعود الفضل في ذلك الى مطبنة بولاق في القاهرة ومطابع القسطنطينية . ثم ارسل الى سورية بعض الحكام الترك الذين تذوقوا طعم المدينة الغرية فاستطابوها وكانوا عاملاً في نشرها في حدود نفوذهم .

وكانت مؤسسات العلم في سورية في اوائل القرن التاسع عشر تتألف من بضع مدارس ملحقة عادة بالجامع . وكان يضم برنامجها الفقه الاسلامي والادب العربي . اما المدارس التي اسستها الطوائف غير الاسلامية فكانت ابتدائية وتتبع الابريشيات في دروسها . ولم يكن في ذلك العهد من يستحق ان يطلق عليه لقب طبيب في سورية . وقد ذكر القائد لينش (١) من اسطول

الولايات المتحدة الذي زار سورية سنة ١٨٤٧، مراسلاً اميركياً هو الدكتور هنري أ. دي فورست .

وبعد خمس عشرة او عشرين سنة استخدمت الحكومة التركية عدداً من الاجانب غير المشهورين ولكن لا بأس في اقتدارهم (ايطاليين ، يونانيين ، هنغارين ، بولونيين) كجراحين عسكريين وموظفي صحة واطباء بلديات . . . الخ . ولكن قبل العام ١٨٥٠ كان اهل البلاد يستطبون عند رجال ونساء لا اهلية لهم في الطب .

وكان في حوزة بعض من هؤلاء كتاب تتوارثه العائلة من الاب الى الابن منذ اجيال . وكان البعض الآخر يعتمد على تجاربه وذكائه الطبيعى . وكانت ممارسة القبالة وامراض الاطفال في ايدي قابلات غير مدربات ولا مستعدات لهذا العمل الهام . وكان يقوم بالجراحة الصغرى بما فيها اعلاق العلق والحجامة والقصادة واخراج الاضراس وفتح الحراجات الصغيرة ومعالجة القروح وغيرها من امراض الجلد . . . كان يقوم بكل هذا حلاق المحلة . وكان يداوي الكسور لحام او مَحاَز لان الاول في عرف الشعب واقف على تشريح العظام والمفاصل والثاني مضطر الى ممارسة التجبير في قطيعه فلما عز وهي تتسلق الصخور ومهبط الوهاد وتسير في الطرق الوعرة الضيقة مفرضة لسقطات تنجم عنها في اكثر الاوقات خلوع وكسور . وكان يجري الدجالون (وهم في الغالب جزائريون او مراكشيون) عملية استخراج الحصاة بطريقة خشنة . وعملية الساد وقرحة العين وغير ذلك .

في ذلك الوقت كانت الحاجة ماسة الى مؤسسة عليا للتعليم في سورية .

وكانت بيروت، وهي مرفأ سورية الرئيس ومركز نشاط التجارة والارسلالات الاجنبية اسهل هذه المنافذ. وكان بين الذين استعجلوا تيار الثقافة الغربية الشاب كورنيلوس فان ديك.

ولد في ١٣ آب سنة ١٨١٨ في كيندرهوك من ناحية كولومبيا في ولاية نيويورك. وكان ابوه الدكتور هنري ل. فان ديك ممارساً وفلاحاً يضيف الى واردات مهنته ما ينتجه من فلاحه ارض ورثها عن آباءه، وهم اعقاب هولانديين استوطنوا امريكا منذ بضعة قرون. وكانت امه، كاترين فان اولن من دم هولاندي ايضاً وفي طفولة كورنيلوس كانت اللغة الهولاندية اللغة التي يتكلمها افراد الاسرة.

تلقى كورنيلوس علومه الابتدائية في مدرسة القرية ثم انتقل الى مدرسة كيندرهوك وهي مدرسة تماثل مدرسة عالية حديثة. فتعلم مبادئ اللاتينية واليونانية والرياضيات وعلمه احد اصدقائه بعض النباتات وساعده في جمع النباتات البرية من الجوار ودوسها.

ولم يرسل الى الكلية قط ولكنه سار في اتجاه العلوم الطبية يرعاه والده فاكتسب بعض المعلومات الصيدلانية العملية والتضميد ومبادئ الكيمياء وكانت للدكتور هنري ل. فان ديك مكانة ثابتة ولكنه ارتكب خطيئة كبيرة في ذلك الحين بكفائه احد اصدقائه على مبلغ كبير من المال ففناه صديقه واضطر الدكتور فان ديك الى تأدية الدين فأداه فأورثه ذلك تبللاً مالياً وكانت النتيجة ان تعليم كورنيلوس كاد يقف عند هذا الحد لو لم يجده بعض اصدقاء الاسرة الاغنياء الذين تهودوه بما يكفيهم من المال

وادرسلوه الى كلية جفرسون الطبية في فيلادلفيا حيث قال لقب دكتور في الطب سنة ١٨٣٩ .

وفي غضون العقد الرابع من القرن التاسع عشر مرت بنويورك وما جاورها من الولايات موجة انبعاث ديني وحماس تبشيري فعرفت معها الطبيب الشاب . وعرض خدماته على مكتب الاصدار الاميركي للاراساليات الاجنية فبعثوا به كمرسل طبيب الى سورية فوصلها في نيسان سنة ١٨٤٠ بعد رحلة طويلة وشاقة و اضاف فيها الى مهته الطبية دراسة العلوم اللاهوتية فرسمه اخوانه المرسلون ، قسيساً . ولكن هذا لم يغير من طبيعة ذوقه العلمي ولم يبدل قابليته للبحث والتقص . واقتنع حالاً باهمية التعليم الحر المعطى كقسم متمم لعمل المرسل ولذا كان يصرف القصير من وقته والقليل من همته في التبشير والدعاية الخاصة وكان ينصرف بكليته الى التعليم وتنظيم المدارس في مختلف الاماكن . وعلى الرغم من كل هذه الاعمال كان يتابع ممارسة عمله الطبي الذي كان شاقاً للصعوبات المختلفة التي كانت تحيط به .

ويقضي انشاء المدارس ايجاد الكتب في اللغة العربية وكانت قليلة جداً فاخذ فان ديك مند البدء يدرس اللغة العربية على المعلم بطرس البستاني احد علماء جبل لبنان واتخذ بهدئ صديقاً مخلصاً له طيلة حياته ثم تابع دروسه على عالم سوري آخر هو الشيخ فاضل اليازجي . فنجح فاز ديك نجحاً باهراً . واصبح قادراً ليس على تكلم العربية الصحيحة فحسب بل على كتابتها بسهولة ايضاً فغياً عدداً من الكتب اللازمة . ثم اراد ان يمتزج بحياة البلاد فترى بزياً بما فيه الطربوش المغربي الاحمر وشرابه الكثيفة السوداء او

الزرقاء والكبران بكية الضيقين والصدريّة الضيقة والسراويل التركي
وعوضاً عن الحذاء او الثعل لبس الخف الأحمر الذي يملو فوق الكمين .
وكان نجاحه في سورية كبيراً حتى انه مرة كاد يكلفه حياته .

في جبل لبنان كان عداء تقليدي بين الطوائف المسيحية والدروز وكانت
الحزازات الطائفية الممقوتة تهب الآونة بعد الاخرى وتشتمل الضغائن بين
سكان البلد الواحد وكان فان ديك في اثناء هذه الاضطرابات يركب
دابته متنقلاً من قرية الى قرية ومعتيلاً بالمرضى والجرحى من الطائفتين . ففي
احد الايام اوقفته في طريق منفرد عصابة درزية وبدت على افرادها كل
مظاهر العداء اذ حسبه مسيحياً لبنانياً . فحاول ان يقنعهم انه اجنبي وانه
طبيب اميركي يعتني باناس من طائفتهم كما يعتني بافراد الطائفة المادية فاجابه
قائدهم « قصة حلوة ، اسمها الجماعة بلغت بهم السذاجة الى تصديق اقوالك
فنحن لا نعرف اجنياً يتكلم العربية كما تكلمتها انت » ولم ينقذ فان ديك الا
وصول ببعض الدروز الذين رأوه منذ زمن قصير يضمند جروح بعض رفاقهم
في ذلك الوقت كان فان ديك يكتب وينشر كتباً مدرسية في الجغرافيا
والجبر والهندسة والمروض وكلها عربية اللثة اما مؤلفاته الاخرى فسنذكرها
بعد ذلك .

وكانت ترجمة الكتاب المقدس قبل السنة ١٨٦٤ بمهديه القديم والجديد
التي يمكن تناولها مملوءة بالاعلاط . فهي لم تؤخذ رأساً من الاصول العبرانية
واليونانية بل من الترجمة اللاتينية وراى المرسلون الامير كيون ان ترجمة جديدة
وصحيحة من اوثق المصادر ضرورية . فبدأ بالعمل الدكتور القس ايلي سمث

في بيروت سنة ١٨٤٩ ولكن صحته سالت سنة ١٨٥٦ ومات في كانون الثاني سنة ١٨٥٧ بينما كان جزءاً صغيراً مشتمل على سفر التكوين وسفر الخروج معداً للنشر . فاتفق المرسلون على ان اكثر الناس اهلية لاتمام هذا العمل هو كورنيليوس فان ديك الذي اصبح طليقاً منذ ذلك الحين من واجباته الاخرى فانتقل من صيدا الى بيروت في خريف العام ١٨٥٧

ان هذا العمل الذي كرم له فان ديك معظم اوقاته سبعة اعوام كاملة استدعى دراسة دقيقة تقادة ليس للعربية فحسب بل للعبرانية واليونانية القديمة ايضاً . اضاف الى ذلك ان لغة الترجمة الجديدة يجب ان تكون سهلة يفهمها العالم العربي الذي كان يضم آنشد اكثر من اربعين مليوناً من النفوس منتشرين في مساحة جغرافية كبيرة تمتد الى العراق وسوريا وفلسطين وشبه جزيرة العرب وقسم كبير من شمال افريقيا . وكان الشيء الاساسي ان تكون اللغة العربية خالصة وحررة من كل تركيب اجنبي ومكتوبة باسلوب بسيط بقدر ما يسمح الموضوع . وبلوغ هذه الغاية استعان فان ديك بالشيخ يوسف الاسير وهو عالم مسلم متخرج من الازهر - الكلية الاسلامية الكبرى في القاهرة - وكانت طريقة التعاون باختصار كما يلي - يكتب فان ديك الترجمة العربية من الاصل العبراني واليوناني بحسب الحالة ، وتكفي معرفته لهاتين اللغتين لاطهار المعنى الصحيح من مصادره بلغة عربية صحيحة ولكنه وهو اجنبي لم يكن واثقاً كل الثقة بان اسلوبه وتصويره نقيان وخاليان من الصبغة الاجنبية فكان الشيخ يوسف القاضي الكفوهم الحكم في ذلك فكانت المخطوطات تسلم اليه لاصلاحها او لاقتراح ما يراه حسناً .

وبعد هذا التفتيح كانت الترجمة تنضد في المطبعة ، غاذج يتألف كل منها من ثمانين صفحات ، وكان يطبع منها ثلاثون نسخة ترسل الى المرسلين جميعهم في العالم العربي والى بعض العلماء الوطنيين والى الباحثين الالمان مع الرجاء منهم بارسال الانتقادات والاقتراحات وبعد ورودها كان يبحث فيها باعته قبل الطبع النهائي وهكذا انتهى المهد الجديد في اوائل العام ١٨٦٠ . ثم باشر فان ديك عمله في المهد القديم حيث انتهى الدكتور سمث . فلقي مرموبات خاصة واضطر ان يذهب الى المانيا ليتداول مع بعض ثقات المستشرقين فيها . وزار في صيف العام ١٨٦٠ فينا وليزيغ ودرسدن وهال فترعرع على رجال عرفهم بالشهرة او بالمراسلة . وكان من نتائج هذه الزيارة انه حالما عاد الى سوريا انتخب عضواً مراسلاً لاتحاد مستشرقين شمالي المانيا وهذا شرف توصل اليه بعدل وكان يفاخر به بحق .

وبين قدومه الاول الى سوريا سنة ١٨٤٠ ووفاته سنة ١٨٩٥ لم يزد امريكا الا مرتين ففي سنة ١٨٥٤ ذهب الى وطنه باجازة وقضى فيه زهاء عام . وقد اتاحت له هذه الزيارة الحصول على بعض المعلومات العملية . في فن الجهر لأول مرة في حياته ولدى عودته الى سورية حمل معه مجهراً جيداً (بحسب مقاييس ذلك الوقت) فكان اول من استعمل المجهر في هذه البلاد لغاية طيبة

وكانت زيارته الثانية بمناسبة تمويه الترجمة الجديدة للكتاب المقدس التي انتهت اخيراً في سنة ١٨٦٤ وسوي الامر بالاتفاق مع جمعية الكتاب المقدس الاميركية بعمل صفائح التمويه من قطع الثمن الكبير لكل الكتاب

المقدس واخراج طبعة مشككة للمعهد الجديد اذ ان العربية في ثباتها وطباعتها الماديتين لا تكتب فيها سوى الاحرف الحزس والصوتية الطويلة مع بعض الحركات هنا وهناك فوق حرف خاص او تحته للاشارة الى الحرف الصوتي القصير في احد المقاطع ، تكتب هذه عندما تقضي الحاجة لاجتناب الالتباس بلفظ كلمة ما او الاشتباه بمعناها . اما في الكتب التي لها شأنها كالقرآن او المؤلفات القيمة كالقطع المنتخبة من الادب العربي القديم فيجب ان يشار الى جميع الحركات الصوتية الطويلة والقصيرة وهذا مما يزيد كثيراً في صعوبة طبع هذه الكتب وغلاظتها بسبب ادخال الحركات فوق كل حرف او تحته . وبالنسبة الى انضج لجميع الذين يهمهم الامر ان عمل الصفائح المطلوبة يتطلب تدقيقاً عظيماً وخدقاً كبيراً ولذلك ارسلوها فان ذلك الى نيويورك سنة ١٨٦٥ ليدير هذه العملية ويراقبها ، فاستفدت هذه المهمة كل وقته وجميع قواه طيلة عامين وعلاوة على ذلك فقد قبل دعوة معهد اتحاد المدارس الدينية ليعطي درساً في العبرانية للطلاب في الدوريتين ٦ - ١٨٦٥ و ٧ - ١٨٦٦ ونجح في هذه الشبهة المهمة نجاحاً باهراً حتى انه بعد انتهاء عمله منع درجة استاذ ثابت للعبرانية في ذلك المعهد ولكنه رفض هذه المنحة لانه كرس نفسه للعمل الذي اخذه على عاتقه في سورية وهكذا عاد اليها سنة ١٨٦٧ .

ان اقامته في نيويورك تستحق الذكر لسببين طبي ومالي :

(١) الطبي . - في غضون الخمسة والعشرين عاماً التي قضاها في سوريا لاحظ امراضاً عينية مختلفة واسكن لم يمكنه الوقت من درسها على كمال وسنحت له الفرصة وهو في نيويورك للقيام بهذا العمل لان مستوصف

الميون فيه كان قريباً من دار الكتاب المقدس التي كان يعمل فيها يومياً ولم يكن صعباً عليه ان يزوره عدة مرات في الاسبوع . وبما تعلمه استعمال منظار العين وشأنه كبير ليس للكحال . فحسب ، بل للطبيب الممارس ايضاً . وهكذا اهل نفسه لتعليم فن الميون حين عودته الى سوريا .

(٢) المالي : - ان العاملين الذين قضاهما في امريكة افتتحا عهداً جديداً في حياته فأجرة التعليم التي تناولها ازالا عتاً عن دماغه كما عبر عن ذلك بعدئذ اذ قال (لقد تنفست بحرية) بما يخص مسألة الدراهم . لقد كان عمره آنذ تسعة واربعين عاماً وله زوجة واربعة اولاد (ورزق ولداً خامساً سنة ١٨٧١) وكان دخله الوحيد حتى ذلك الحين مربته كمرسل وما استطاع الحياة الا بالاقتصاد الشديد ولكنه لم يستطع الاحتفاظ بشيء للمستقبل . اما الآن فقد امن على حياته واشترى الكتب والآلات التي كان يشعر بالحاجة اليها ولم يستطع شراءها قبلاً .

لقد رغبت الارسالية منذ زمن طويل انشاء مؤسسة للتعليم العالي في سوريا . وبدأت في سنة ١٨٦٣ تخطط خطوات ثابتة نحو تأسيس كلية تدرس بالعربية (١) دراسة اربع سنين طب وجراحة تؤهل لنيل شهادة دكتور في الطب .

وتقرر ان تسمى المؤسسة الكلية السورية الانجيلية فأتجنت الارسالية الدكتور دانيال بلس للذهاب الى امريكا وبريطانيا المعظمي ليشير استحسان هذه الخطة وليجمع الدراهم لتحقيقها . وتأسست شعبة العلوم والقانون سنة ١٨٦٦ وتأسست شعبة الطب بعدها ببيعة اعوام . في ذلك الوقت كان الذين

يستطيعون تدريس إحدى شعب الطب باللغة العربية قلائل جداً . ومن هؤلاء القلائل كان فانديك فدعي ليشغل كرسي الامراض الباطنة والعامّة على ان تلحق بهما الشعبة المينة قبل الدعوة ورضي ان يأخذ على عاتقه مؤقتاً واجبات استاذ الكيمياء حتى العثور على استاذ قدير لهذا الكرسي . وبعد ان ترك تدريس الكيمياء علم علمي الفلك والطواهر الجوية .

لقد نظمت الكلية السورية الانجليزية وجعلت مؤسسة مستقلة فلم يكن لها ارتباط اساسي بالارسالية الاميركية مع ان هذه الاخيرة كانت ممثلة في هيئة مديرها .

وثابر فانديك بصفة كونه عضواً في الارسالية على نشر الطبقات الجديدة من الكتاب المقدس كله او مقاطع منه وكان مديراً لمطبعة الارسالية ومنشئاً لمجلتها المعروفة باسم - النشرة الاسبوعية - ونراه كعلم مضطراً الى تأليف كتب مدرسية باللغة العربية في الكيمياء والطب الباطن والتشخيص الفيزيائي والمثلثات والفلك وقد نشر هذه الكتب كلها كانت تسرع له الغرض او سمعت له اعماله الكثيرة . وكان اكثر الطلاب في البدء مضطراً الى نقل المخطوطات التي كانت آتت في دور الاعداد .

وكان فانديك ميالاً الى تاريخ الطب عند العرب . ففشر سنة ١٨٧٢ مؤلفات الرازي في الجدي والحصبة مع حاشية ينقد فيها الاصل وقد اضاف اليه بحثاً حديثاً عن هذين المرضين :

ان تعليم الطب والجراحة بلا مستشفى مستحيل . ولذا اوجدت الكلية مستشفى صغيراً في بيت استأجرته واستمرت هذه الحال بضع سنين واخيراً

تم الاتفاق ان تتمهد الكلية بالناية الطبية والجراحية مرضى مستشفى جمعية نبلاء القديس حنا البروسية وكان حجم المستشفى موقفاً وبنواؤه حسناً وأثاثه جيلاً . وكانت رئيسه وممرضاته راهبات المانيات . ولم تسمح لفان ديك اعماله العديدة بالنناية بالمرضى في المستشفى ولكنه كان يعمل في العيادات الخارجية للمستشفى حيث يداوي الامراض الداخلية والعينية . وكانت هذه العيادة تقبل المرضى مرتين في الاسبوع وكان عددهم كبيراً حتى انه كان على الاغلب مضطراً الى صرف زهاء ثلاث او اربع ساعات في معائنتهم فكان هذا العمل ثقيلاً على رجل مسن ولا معاون له سوى بعض تلاميذه .

وكان علم الفلك صديق فان ديك يجد فيه ما يسره ويساعده على الانطلاق من قيود العالم . وفي السنين التي خلت لم يستطع اقتناء مرقب (تلسكوب) خاص به ولكنه وهو استاذ هذا الفن في الكلية استلم عدسة قطرها خمسة قراريط اهداها الى المؤسسة احد مشجعيها .

ولم يكن للكلية مسكن تملكه فكانت طيلة سنين عديدة تنتقل من منزل الى آخر بالاجرة . وفي هذه المدة استندت النناية بالمرقب الى فان ديك فاحتفظ به في داره وبنى على حسابه الخاص مرضداً صغيراً له على سطح منزله فكان يصرف فيه قسماً كبيراً من ساعات فراغه يدرس الاطاعات الشمسية في النهار والقمر والنجوم في الليل . واخيراً بعد ما اشترت الكلية ارضاً وانشأت فيها بمض الدور الخ فان ديك على رجال المؤسسة ببناء مرصد فلكي فبنى وساهم بتأنيته ما استطاع . وبدأ يأخذ ويسجل مشاهدات جوية منظمة في فواصل معينة كل يوم . ولم يمض زمن طويل حتى تم الاتفاق مع السلطة

التركية على ارسال تقارير تلغرافية الى المرصد الملكي في القسطنطينية ومن هناك ترسل في الوقت المعين الى المكتب الجوي الامبراطوري في فينا . وبعد ان اعتزل التدريس ابتاع لنفسه مرقباً ووضع في حديقة منزله فكان يلد في وحدته بتبعاته المحبوبة في سنيه الاخيرة .

وفي سنة ١٨٨٢ دعت اسباب مختلفة فان ديك الى الاستقالة من التعليم في الكلية السورية الانجيلية . فانهى ارتباطه بمستشفى القديس حنا ولكن اعماله في الارشالية السورية لم تتأثر اذ لاصلة اساسية بين الارشالية والكلية وبعد بضعة اشهر قبل دعوة مستشفى القديس جرجس الارثوذكسي الوطني ليقوم بالعيادات الخارجية فيه مرتين في الاسبوع . وثابر على هذا العمل بضعة اعوام ما زالت صحته تمكنه من العمل . ان الاستقالة من التعليم اوجدت في حياته فراغاً لم يألوه فاخذ يكتب بالعربية ليشغل وقته ثم نشر سلسلة كتب مختصرة وابتدائية في مواضيع علمية . وقد نحا في كتابتها نحو سلسلة انكليزية رآها تدمى (مبادئ العلم) . وقابل الجمهور هذه الكتب مقابلة حسنة وصارت شمية مألوفة وكانت تدرس في مدارس كثيرة طيلة سنين عديدة وقد حوت هذه السلسلة المواضيع التالية : - مقدمة للعلوم الطبيعية وطبقات الارض وعلم الفلك والفيزياء والكيمياء والجغرافيا الطبيعية وقد كتب في كل بحث كتاباً صغيراً واحداً .

وفي الثاني من نيسان سنة ١٨٩٠ مرت السنة الخمسون على قدوم فان ديك الى سورية فاقتنم عدد كبير من اصدقائه السوريين والاجانب هذه الفرصة ليمبروا له مما يحالجه من الاحباب بعقريته فاقاموا له حفلة تليت فيها خطب

التيهة وقدمت الهدايا المختلفة مع كمية كبيرة من المال اشتركت بمجموعها الطوائف والجماعات في أنحاء البلاد

ولم تكن الاعوام الخمسة التي مرت بمبداها حافلة بمحوادث تذكر ولكن في غضون خريف العام ١٨٩٥ حدثت وافدة حمى معوية حادة في بيروت سببها تلوث عرض لحزان الماء فاصيب فازديك مع من اصاب وقضى في ١٣ تشرين الثاني عن سبعة وسبعين عاماً وثلاثة اشهر وكان السبب المباشر لوفاته نزفاً معوياً غزيراً .

لقد ترك كورنيليوس فان ديك بلا جدال أثراً خالداً في سورية وفي الاقطار العربية المجاورة . فتمدد مظاهره واختلاف اعماله يستدعيان اختلاف الآراء في قيمة اعماله المختلفة . فالمرسلون ومن نحاسهم يكبرون فيه ترجمة الكتاب المقدس وغيرهم يرون فيه طليعاً ماهراً حاذقاً يتقذ الانسانية من آلامها ، وشغوقاً رثيلاً بالفقراء الذين كانوا يلجأون اليه في شدائدهم .

لقد مرّ على موته الآن ما ينيف على اربعين عاماً وان مرور هذا الزمن يسهل على المرء ان ينظر الى حياته وعمله نظرة حق مجردة عن التشويه الذي يمرض له الناظر قسراً متى وقف قريباً من موضوع تفكيره . فيمكننا الآن ان نحكم حكماً عادلاً على مدى التأثير الذي تركه وان فهم بوضوح ان فان ديك لم يكن باحثاً علمياً ، ولم يدع الابتكار ولكنه كان في سوريا رسول الطب الحديث وغيره من العلوم . لقد تقدم غيره وسهد الطريق وحمل الى البلاد التي اهتم بها مبادئ اساسية للتربية واشكالاً حية للمعرفة من بلاد اخرى وخلقها خلقاً عرياً سوياً . ومع انه لم يضيف الى المعارف

العلمية تتبعات جديدة فإن مهارته في مهنته التي اشتهر بها في زمنه لا يزال يذكرها الكثيرون ويشركونها مع جمال شخصية الجذابة التي كانت تفيد مرضاه بقدر ادويته . ولعله لم يداوِ كثيراً من الامراض المداواة الحقيقية ولكنه بلا شك خفف كثيراً من الآلام وكان ناجحاً نجاحاً باهراً في بمث القرح وخلق الشجاعة والتغزية ليس للمرضى اتسهم فحسب بل الى اسرهم واصدقائهم ايضاً ولهذا الامر شأن لا يقل عن شأن المعالجة .

وبعد معرفة ما تقدم نقول ان حياة فان ذلك كانت لا^{هـ}ل سورية دافعاً قوياً الى النهضة الثقافية والروحية باحاديثه اليومية وتعليمه ونشره الكتابات المختلفة فانه حجب الى الكثيرين من الشباب العلوم كافة ولا سيما الطينية منها مبنياً لهم علاقة هذه المعارف بالحياة اليومية وخلق لهم علاوة على ذلك نزعة الى حرية الفكر والتسامح والابتعاد عن التعصب . لقد اراهم ان الدين الحقيقي ليس بالحماس الطائفي ولا بالغيرة الاكبريكية بل بالرغبة الشديدة في اصلاح الانسان وحب الرحمة والتواضع ، ذلك التواضع السامي الذي قوامه احترام الذات . وهناك سؤال آخر بحث فيه احياناً وهو :

هل ترك فان ذلك وهو الاجنبي اثرأ ذا قيمة في الادب والنهضة في العالم العربي ؟ انه حتى اواسط القرن التاسع عشر كان اكثر كتب الدراسة العربية التي يستطيع اقتناؤها الطلاب في كل موضوع مكتوباً بانشاء معقد وتعاير غير مألوفة حتى انها كانت تجعل معنى كثير من المقاطع معصى لا يدرك . وكانت تتطلب دائماً شروحات مطولة يكتبها الاختصاصيون المتمولون لهم المؤلفات العلمية ورغم ذلك فان عرض هذه المؤلفات للدرس عادة كان

يحتاج الى معلمين مرة لا يفهم التلاميذ الذين لم يرزقوا قسطاً وافراً من الذكاء فن هذه الوجهة فتحت كتب فان ديك التدريسية عصرراً جديداً ، هذه الكتب التي عناها احد العلماء الشيوخ في الازهر جواباً عن هذا السؤال فانه بعد وفاة فان ديك يضع سنين كان هذا الشيخ يتحدث مع ابنة فان ديك فقال لها : (ان والدك علمني بكتاباته التي نشرها السهل المتنع في اللغة العربية فان مؤلفاته قد كتبت بلغة سمحة واضحة خالية من التعقيد يستطيع ان يفهمها اي قارئ ليب متعلماً كان ام غير متعلم).

ان معالجة موضوع عويص بأسلوب يسهل على الجمهور فهمه يدعى عادة (التعميم) واحسن ما يؤدي هذا المعنى المباشرة التي استعملها منذ سنين جاس هارفي روبنسون عنواناً لكتيب جميل مفيد اسماء (جعل المعرفة انسانية) اي العمل لتكون نتائج جهود الاخصائيين المدرسين قسماً من فهم الناس ذوي الذكاء العادي (ويمكن تنعيم هذا بكتاب او معلم متعمق) فيصف النتائج التي يحصل عليها هؤلاء الاخصائيون بصورة مختصرة واضحة وبلغة سمحة غير فنية وبتبيين علاقة هذه المعارف بالحياة اليومية وعجري تفكير مجموع النوع البشري هذا عين ما رمى اليه فان ديك لجعل المعرفة انسانية لقائدة القراء في اللغة العربية .

ملاحظة المهر

يمكن الحصول على فهرس لما كتبه فان ديك في (اكتفاء التنوع بما هو مطبوع من اشهر التأليف العربية) الذي جمعه ولده ادوارد ابوت فان ديك

(القاهرة سنة ١٨٩٦) وفي مجسم المطبوعات العربية والمصرية (القاهرة سنة ١٩٢٨ - ٣٠) ليوسف اليان سر كيس وهو يد كر ستة عشر مؤلفاً مختلفاً بعضها طبع أكثر من مرة

ان كل ما نشره الدكتور فان ديك كتب بالعربية وهو على ثلاثة انواع:
اولاً : ترجمة الكتاب المقدس والترانيم .

ثانياً : ترجمة ثلاثة مؤلفات اعظمها شهرة ابن حور وهو قصة عن المسيح للجنرال لوالاس (القاهرة ١٨٩٦)
ثالثاً : رسائل علمية .

وقد طبع رسالة الرازي المشهورة في الحصبة وله كتب اخرى علمية لم تطبع كما ذكر الدكتور يارد ضدج رئيس الجامعة الاميركية في بيروت .

لقد سميت باسمه الدار الضخمة التي قدمتها مؤسسة روكفلر لايواء المختبرات . وغرف التدريس للسنتين الاولين من المدرسة الطبية . ويمكن الحصول على كثير من المعلومات عنه في (ذكريات دانييل بلس) التي كتبها الدكتور فردريك جنونس بلس (نيويورك سنة ١٩٢٠) ونحن مدينون اخيراً لاحد ابناؤه فان ديك بالملاحظات التالية .

تذكارات متممة لكورنيليوس ف . أ . فان ديك

صفاته الشخصية

الاخلاص والنزاهة والعقل الطليق والكرم والطف هذه هي صفات

فان ديك البارزة في حياته الخاصة وفي القيام بواجباته وتمهيداته . يقول مثل عربي قديم ان المال محك صفات الرجال ، ولما عرض فان ديك لهذا الفحص كان فوق معدل زملائه الرجال . وان ما مر به في سنه الاولى (نتيجة ما حل بوالده من الحسارة) دربه على انكار الذات وعلمه قيمة المال كواسطة لكثير من الغايات . زكركه الدين واجتنبه كما يكره اكثر الرجال حية رقطاه ويحتمونها . فلم يسمح لاحد افراد أسرته في اي وقت ولاية حجة ان يشتري بالدين حاجة كبرت قيمتها او صغرت ولا ان يفتح حساباً مع اي بائع او تاجر وكانت قاعدته الثابتة (اذا لم تستطع ان تدفع فوراً ثمن ما تحتاج اليه فاستغن عنه) . ولكنه من جهة ثانية كريم جداً بل مسرف احياناً يبذل لكل شخص اقتنع انه محتاج الى المساعدة ولكل قضية اعتقد انها تستحق الاعانة . وان حفظ مواعيده والقيام بما يطلب منه واتمام تهيئته سريعاً وبأمانة واخلاص على احسن شكل يستطيعه اقول ان هذه المبادئ كانت عنده مربية كالوصايا العشر .

عند ما كان شاباً كان قليل الصبر شديد الاندفاع حاد المزاج ولكن الحياة وما لقيه من المصاعب فيها لطفت مزاجه والاحزان عدلت اخلاقه حتى انه حينما توسط الحياة اصبح صابراً يتحمل الشدائد ويصد نفسه عن هواها في جميع الحالات العادية .

ومع ذلك فانه متى غضب كان ينفر بشدة وخاصة امام شخص طغى او قسا او تمصب تمصباً اعمى وكان مثله المحبوب « لا يجوز التسامح مع التمصب » وحياناً عند ما يثور غضبه لظلم ارتكبه الاقوياء والاغنياء نحو الضعفاء

والبؤساء كان يدفع بشدة ويبيدي ما يكره بلا تحفظ ولكنه لم يحمل حقداً لأحد . وكان له ميل شديد الى الفكاهة ويقص الناس عنه اخباراً لا تعد واكثرها غير صحيح . والحقيقة هي انه كان سريع الخاطر لا يدع الفرصة السانحة لفكاهة الا اغتصمها بجوابه سريع مفهم او قول مأثور مناسب او عبارة عامة تخرج من فيه ولها مرمى خاص ومعنى لاذع لا يستطيع السامع المرور بها ولا الآخرون وصفها او الاتيان بما يعادها
زوجه واولاده

في سنة ١٨٤٢ اذ كان عمره ٢٤ سنة تزوج جوليا ابوت ابنة قنصل انكلترا في بيروت وعاشت هذه السيدة بعد زوجها ثلاثاً وعشرين سنة وتوفيت ولها من العمر ٩١ عاماً . وكان لها ستة اولاد ثلاث بنات وثلاثة صبيان وهم :

١ - هنري لورنس :- ولد سنة ١٨٤٣ وتوفي سنة ١٨٨٣ وكان دجلاً عمل .

٢ - ادوارد ابوت :- ولد سنة ١٨٤٦ وعلم في شبابه اللغة الانكليزية مدة قصيرة ثم دخل القنصلية الاميركية حيث مكث بضعة اعوام وبما ان معرفته للربية العامة والقصص كانت ممتازة استخدم سنة ١٨٨٤ في الحملة الانكليزية لاتقاذ الخرطوم بامرة السير شارلس ويلسن الذي كان رئيس دائرة استخبارات الجيش الذي يقوده اللورد ولسلاي . ثم استخدم سنين عديدة معلماً للترجمة في دائرة الترجمة من مدارس الحكومة في القاهرة وهو يعيش الآن (سنة ١٩٣٦) في احدى ضواحي القاهرة .

٣ - اولن ماريابا ١٨٤٨ - ١٨٤٩ عاشت ١٨ شهراً .

٤. - اليزا آن توفيت سنة ١٩٣٦. ولم تتزوج وقد ورثت كثيراً من صفات والدها الشخصية واذواقه. وكانت ميالة الى القلق والنبات والادب وحب الخير. وبين الخامسة والعشرين والاربعين من سننها علمت في اوقات مختلفة في مدرسة الارسالية الاميركية للبنات في بيروت وفي مدارس الارسالية الانكليزية في دمشق ولبنان.

٥. - وليام تومسن ولد سنة ١٨٥٧ ودرس الطب في الكلية السورية الانجيلية منذ العام ١٨٧٥ - ١٨٧٨ ثم في الكلية الطبية في نيويورك سنة ١٨٧٨ - ١٨٨٠ وحاز لقب دكتور في الطب.

وكان من السنة ١٨٨٠ - ١٨٨٢ محاضراً في مفردات الطب وحفظ الصعة في الكلية السورية الانجيلية ومن السنة ١٨٨٣ - ١٩١٤ ممارساً حراً في بيروت ولبنان ومن السنة ١٩١٥ - ١٩٢٠ محاضراً في حفظ الصحة والغريزة وغيرها في الكلية ومن ١٩٢٠ - ١٩٢٧ استاذ علم الحيوان في الجامعة الاميركية في بيروت ومنذ ١٩٢٨ اعتزل العمل كاستاذ متقاعد

٦. - فلورنس كاترين - ولدت سنة ١٨٧١ وتزوجت سنة ١٨٩٨

جون س. بوشر وتوفيت سنة ١٩٠٨

كان كورنيليوس فان ديك اباً لطيفاً وحنوناً وكان يهتم كثيراً بسعادة ابنائه ولكنه لم يفسدهم بالشفقة الزائدة ولم يترأخ في تأديبهم ولم يحتمل قط معصية او عدم احترام ولم يقاص ولدا الا نادراً فان علامة استياء كانت تكفي لاصلاح اساءة عادية لان ابنائه كانوا يجلونه ويحبهونه وكان يهتم دائماً بمسراتهم واعمالهم واذا ما حازوا رضاه فان ذلك اعظم سعادة لهم

الحيوانات في الكيمياء الحيوية



للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

على ان مدام رندوان ولو كوك يقولان بوضع هذا الحيوان بجانب
الحيوان B المنبه للتغذية. اما الآن فلا بأس من جعله مستقلاً لأسباب.
وقد لا يبعد اليوم الذي يرى العلماء وجوب وضعه في زمر الحيوانات B .

هذه نبذة موجزة عن الاعمال والتجارب التي اادت الى كشف العوامل
ذات الشأن العظيم في الحياة والنمو فلتنتقل الآن الى تصنيف ما علم منها حتى
اليوم وذكر خواص كل منها والمادة الطبيعية التي تحتوي عليها .

هذا التصنيف مؤسس على خواص هذه العوامل ، الكيمائية والحيوية
والفيزيائية والغريزية . وقد جعلت الحيوانات التي اكتشفت منذ سنة ١٩١٥
حتى هذا التاريخ في زمريتين كبيرتين: زمرة الحيوانات الذوابة في الماء ، و زمرة
الحيوانات الذوابة في الدم . وقد لوحظ ايضاً ان لجميع الحيوانات الداخلة
في الزمرة الاولى علاقة في حسن سير التغذية ، وان لجميع الحيوانات الداخلة
في الزمرة الثانية علاقة في نمو العضوية وتطورها .

وفي كل من هاتين الزمريتين تحشر الحيوانات لا بحسب حروف المعجم
بل بحسب خواصها الغريزية ومقاومتها للحرارة والبرودة وحدها او

للحرارة بعلامسة فخات الصوديوم .

ففي الزمرة الاولى زمرة الحيونات الذوابة في الماء وضمت الحيونات الخمسة الآتية :

١ - الحيون ضد الحفر (C) . -- الموجود في المواد الطبيعية وهواقل الحيونات ثباتاً ومقاومة للعوامل المؤثرة .

٢ - الحيون ضد المصاب (B_1) . - وهو قليل المقاومة للمؤكسدات والحرارة .

٣ - الحيون المنبه للتغذية (B_2) . - وهو مقاوم للحرارة ولكنه يتلف بالحرارة بعلامسة فخات الصوديوم .

٤ - الحيون المنبه للخلية (B_3) . - وهو مقاوم للحرارة والتسخين في الصاد الموصد بعلامسة فخات القلوي .

٥ - الحيون ضد مرض القاعة (P) - وهو مقاوم للحرارة ويقرب جداً من الحيونين (رقم ٣) و (رقم ٤) .

اما في الزمرة الثانية زمرة الحيونات الذوابة في الدم (التي سماها فونك Funk) فيتاستيرين (vitastérines) فوضعت الحيونات الثلاثة الآتية :

١ - الحيون الخاص بالنمو او ضد أصلب القرنية (A) . - وهو سريع التلف بالمؤكسدات .

٢ - الحيون ضد الحرع (D) . - وهو لا يتلف بالمؤكسدات الا ببطء

٣ - الحيون الخاص بالتناسل E . - وهو لا يتلف بالمؤكسدات

الا ببطء عظيم ولكنه يقاوم فعل العوامل المخربة الاخرى .

والجدول الآتي يبين لك هذه الحيوانات مع ما يحدثه نقصانها في الاغذية من الامراض والآفات :

اسم الحيوان	اسم الداء اللاحق المستحدث بالتجربة	اوصاف هذا الداء	المرض المشاهد في الطيبة
الحيوانات اللواتي في الماء	الحيون ضد الحفر C	داء الحفر	داء الحفر في الكهول، مرض بارلو او داء الحفر الطفلي
	الحيون ضد التهاب الصب B ₁	التهاب الاعصاب الكثيرة	داء الذئبة (مرض معامل السكر)
	الحيون المنبه للتغذية B ₂	عدم التغذية الاصطناعية	اقهأ أو قه ، بعض اضطرابات في التمثيل، عدم التغذية
	الحيون المنبه للخلية B ₆	«	«
	الحيون ضد مرض الفاقة P	التهاب المعدة المتقرح (بلاك تونغ)	مرض الفاقة (في الانسان) بلاك تونغ (في الكلب) التهاب المعدة المتقرح ؟
الحيوانات اللواتي في السم	الحيون العامل في النمو بالحاسة A	داء اللاحيون آ	وقف النمو ، تصلب القرنية
	الحيون ضد الحرق D	الحرق	اضطرابات في التكلس والتنظم
	الحيون العامل في التناسل E	المقم الاصطناعي	بعض اختلالات تناسلية في كلا الجنسين

الفصل الثالث

في درس الحيونات بالطريقة الحيوية وعيارها

قبل عيار الحيونات في المادة المطلوب فحصها يجب ان يعلم أولاً ما اذا كانت تحتوي على شيء من الحيون واذا احتوت فعلى اي نوع من انواعه العديدة وبأي مقدار . والطريقة الموصلة الى هذا النرض هي في اليوم الجاضر الطريقة الفريزية لان الطرق الكيميائية التي تستعمل فيها بعض التفاعلات الملونة لا تؤدى الى نتيجة صحيحة وعلى ذلك يمد في عيار الحيونات الى التجربة على الحيوانات التجبرية . ولتشخيص كل من الحيونات المروفة اليوم يجرب مرتب غذائي نموذج على الحيوان الموضوع تحت الاختبار مع مرتب غذائي معايير متخذ وحدة من قبل . وينتخب للتجربة من الحيوانات اشدها اهمالاً من فقدان الحيون المبحوث عنه ، كالسور ليمار العامل ضد الحفر ، والحمام والجرد ليمار العامل B ، والجردان الاحداث ليمار العامل في النمو ، والعامل ضد الحرع والعامل في التاسل ويجب ان تكون كلها في سن واحدة ووزن واحد ومعرضة قبل التجربة لمرتب غذائي طبيعي واحد (وهو شرط أساسي في هذه المايرة) . وتعمل الاغذية النموذجية التي تستعمل لهذا النرض بحيث يمكن ان يفصل الحيون المطلوب عياره ، من جميع الاركان الغذائية الاخرى التي يجب ألا تحتوي منه على شيء البتة ، اي يجب ان تصفى الاركان المولدة للقدرة لتجريدها من الجيرين الموضوع على

بساط البحث وان تستعمل مواد معدنية مصفاة ايضاً وبعبارة اخرى يجب ان يكون المرتب الغذائي التجريبي ، اصطناعياً محضاً ومشتقاً على جزءين مختلفين كل الاختلاف :

الجزء الاول . - يمتاز من الجزء الثاني حجماً ووزناً ويحتوي :

(أ) على القدرة اللازمة للمضوية الجرب عليها ، اي على جميع المواد المولدة للقدرة من هيوليات وشحميات وسكريات مصفيات كيميائياً .

(ب) وعلى المواد المنصرية الاساسية ، بمقدار ضئيل اي على عناصر معدنية ضرورية من العناصر التي لكل منها في المضوية الحية وظيفة غريزية معلومة .

وعلى نوى عضوية تؤلف القسم الاساسي لبعض مكونات الهيوليات (اي بعض المحوض الآمينية) تلك النوى الضرورية التي لكل منها بنية ذرية لا تستطيع المضوية صنعها ، وعلى جميع الهيوينات (الا الحيوين المطلوب تحريره ودرسه) التي لا يمكن للمضوية ان تصنعها بنفسها ايضاً .

الجزء الثاني . - وهو جزء صغير جداً ويشتمل فقط - بمقادير لازمة وكافية - على الحيوين المطلوب تحريره اي على مادة غنية من هذا الحيوين خاصة او على العيار الدولي الذي اتخذه مؤتمر جمعية الامم الصحي وحدة قياسية سنة ١٩٣١ وهو :

(١) لأجل الحيوين C : العصير الطازج لليون الاهتيادي (Citrus

Limonum) بعد ازالة ليمونيته .

(٢) ولأجل الحيوين B¹ : محصول الاستجذاب للحيوين ضد المصاب

المياً بمعالجة خلاصة قشور الرز بتراب القصارين .
(٣) ولأجل الحيوين D : محلول ارفوسترون المروض للاشعاع الميأ والمفحوص بصورة مناسبة .

ومن الممكن ان تعار الحيونات بغير هذه الوحدات الدولية باستعمال مواد ثانوية فعالة معطومة تماماً كالمصارة الطازجة لابر تقال لأجل الحيوين C ،
و خلاصة خميرة الجمعة لأجل الحيوين B¹ ، وزيت كبذ الحوت لأجل الحيوين A ، وزيت الحنطة الناشطة لأجل الحيوين E .

ومن الواجب استعمال النموذج ذاته للمادة الميأية طيلة التجربة الحيوية على ان تكون تلك المادة مفحوصة الفعل قبلاً بتجربة حيوية سابقة ومعلومة المقدار اليومي الاصغر اللازم استعماله على نوع حيوان معلوم ولأجل مرتب غذائي معين .

اما لكشف وجود الحيوين في مادة فتجرى التجربة على حيوانات بعمر واحد ووزن واحد وتجعل على ثلاث فئات :

الفئة الاولى . - تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي الاصطناعي التام المؤلف من مزج الجزئين الغذائيين اللذين تقدم ذكرهما . هذه الحيوانات الشواهد لا يطرأ على صحتها خلل بل تلبث في صحة تامة وتبقى المنحنيات العائدة لاوزانهم وحرارتهم المركزية ، طبيعية نظامية .

الفئة الثانية . - تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي الاصطناعي ناقصاً الحيوين المطلوب تحريره اي انها لا تعطى الجزء الصغير من هذا الحيوين فبعد مدة من الزمن تماني اضطرابات وصفية خاصة بفقدان الحيوين الذي

انقص من مرتبها الغذائي فيشاهد تحول في منحنيات الوزن والحرارة المركزية وتري اعراض نوعية وآفات تشريحية يمكن مشاهدتها بفتح جثة الحيوان بعد موته.

الفئة الثالثة . - تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي نفسه متمماً - في هذه المرة - بالمادة الغذائية المطلوب درسها التي تجعل فيه بمقادير مختلفة .

يعد الى مثل هذه التجربة الاولى على الصورة المذكورة لمعرفة ما اذا كان الغذاء الموضوع على بساط البحث والدرس يحتوي على شيء من الحيوين أم لا دون ان يكثرث بكميته او بممارته .

فاذا ماثلت حيوانات الفئة الثالثة حيوانات الفئة الثانية صحة ونماء (تشابه منحنيات وزنه وحراوتهن ، حدوث الاعراض في وقت واحد تقريباً ، تشابه المشاهدات التشريحية) استنتج من ذلك ان المرتب الغذائي الموضوع للبحث والدرس لا يحتوي على شيء من الحيوين المطلوب تحريه .

اما اذا شوهدت الاعراض في حيوانات الفئة الثالثة . بعد مدة طويلة فيمكن الحكم بان المادة الغذائية - بالمقدار المستعمل - تحتوي على قليل من الحيوين فيجب ان تكرر التجربة بزيادة المقدار الاول قليلاً او كثيراً .

واما اذا ماثلت حيوانات الفئة الثالثة بالصحة والنماء حيوانات الفئة الاولى المتخذة كشاهد اي اذا لبثت في صحة تامة وكانت منحنيات اوزانهن وحراوتهن طبيعية نظامية في خلال مدة طويلة جداً ومثلاً اربعة امثال الزمن اللازم لظهور الاعراض ، فيدل ذلك على ان في المادة المفحوصة مقداراً من الحيوين يساوي - على الاقل - المقدار الموجود في المادة

النموذجية التي يتم بها المرتب الغذائي الاصطناعي (او قد يزيد عنه) .
 هذه الطريقة وقائية وترجع على الطريقة الشفائية اي على طريقة احداث
 المرض في الحيوان ثم شفائه باضافة الحيوان المتزوع عمداً ، الى القسط الغذائي
 فاذا حصلت من هذه التجربة الاولى نتيجة ايجابية تحتم القيام بتجارب
 جديدة على هذه المادة ذاتها لمعايرة الحيوان فيها ، وتجري المعايرة دوماً بمقارنة
 النتائج المستحصلة ، مع ما يشاهد على الحيوانات التي تتناول المرتب الغذائي
 الكامل المحتوي على المقدار الاصفر اليومي من الحيوان المطلوب تحريه
 (حيوانات الفئة الاولى) من جهة ، ومع ما ينتج من الحيوانات التي تتناول
 المرتب الغذائي الذي ينقصه مطلقاً هذا الحيوان ذاته (حيوانات الفئة
 الثانية) من جهة اخرى وهكذا حتى يتوصل الى معرفة المقدار الاصفر من
 الغذاء الذي يحدث النتائج ذاتها التي يحدثها المقدار الاصفر اليومي من المادة
 العيادية المستعملة في هذا الشأن ، فيستبطن عند ذلك غناء المادة الموضوعه
 للدس ، من الحيوان بتميين عدد الوحدات الفريزية وعدد الوحدات الدولية
 للعامل المبحوث عنه في غرام واحد من هذه المادة بحساب بسيط .

اما الوحدة الفريزية للحيوان فهي القمالية التي توافق المقدار الاصفر
 اليومي (من المادة العيادية المستعملة) الذي يقي من حدوث الاعراض
 الوصفية الخاصة بفقدان الحيوان الموضوع للبحث .

(للبحث صلة)



مطبوعات حديثة

مآثر العرب في العلوم الطبية

تأليف الدكتور سامي حداد

ما عومل تاريخ شعب كما عومل تاريخ العرب في العلم. وقد سمعت قوماً يكتفون من التحدث عن مكتبة الاسكندرية وكيف احرقها العرب فسأت احد كبار المؤرخين الغربيين عن رأيه في هذه القصة فاجاب فوراً « مفتجرة » قلت ولماذا فقال لانه لم تك يومذاك مكتبة في الاسكندرية .

فسلوا الغرب اين هي مئات المكاتب التي اتلفها في الأندلس وسورية ، وسلوا ابناء عم الترك - التتر - اين هي مكاتب بغداد التي ابادوها ، وسلوا العالم المتمدن كيف كافأت اوردية نهضة العرب وكيف عاملت آثارهم العلمية ؟ نقول والا لم يحز في انفسنا انه كان لابن سينا عشرات الكتب فلم يبق منها الا قليلا وكان لابن نيس ومئات غيره من اعلام الطب مؤلفات ضخمة وابحاث جلية فلم يبق يد الجهل الجاني منها الا مخطوطات مبعثرة في مكاتب العالم وكان وكان وبالغظة ما كان .

يا لله ! افي مثل غفلة الوسنان تتبدل الارض ويصبح عالي الحياة سافلا ؟ افي مثل غفلة الوسنان تحطم مدينة قال فيها اكبر مؤرخ اميركي - ان اخراج العرب من الاندلس آخر المدينة اجيالا ! اكل هذا يرتكبه جنون التعصب الديني .

ومضت اجيال على العالم الغربي وهو يعتقد ان العرب برابرة وان مدنيهم كذبة مفضوحة الى ان حل القرن التاسع عشر فتنبه العرب من غفلته وعرف الابناء اي جناية ارتكبها الآباء . وفضوا قناع التعصب عن عيونهم فرأوا الحقيقة المجردة وراحوا يتسابقون لجمع بقايا الكتب العربية وتنافسوا بها ولو كانت صفحة من كتاب وكان الشرق عن ذلك غافلاً .

والآن بعد ان ذكر قرن النهضة في البلاد العربية اخذت العرب تذكر الماضي المجيد ، وذكري الماضي مهماز يحث الحاضر الى جلائل الاعمال ، وذكري الماضي لقاح يخلق لنا شخصية مستقلة لا نستعيرها عيرة بل نكونها من قلب تفسيثنا ومن نفس تاريخنا ، فهي ضرورة حيوية ليست كما يظنها البعض تراجعاً في السير بل استعداداً للوثوب .

وانه لما يسرنا ونحن في دمشق ان يتنضي احد كبار اساتذة الجامعة الاميركية في بيروت قلمه ويخرج لنا بحثاً طلياً عن مآثر العرب في العلوم الطبية ويقع في ثمانين صفحة من القمع الكبير . ولقد افتمحه بمقدمة وجيزة قال فيها : ولسنا ندعي اننا وفينا هذا البحث حقه ذلك لان الموضوع متعدد النواحي متشعب الاطراف ومصادره صعبة المأخذ بعيدة المثال . فالمطبوع منها قليل نادر والمخطوط لا يزال مشتتاً في مكاتب العالم ومتاحفه فلسنا نطمع اذن في ان تكون هذه الرسالة اكثر من مقدمة عامة لهذا الموضوع الواسع

ثم قسم الكلام الى العهد الجاهلي والعصر النبوي وعصر الخلفاء الراشدين فالعصر الاموي فالعصر العباسي ثم تكلم عن الطب في المغرب والانديلس

وبحث بمدئذٍ عن المارستالات في دمشق والقاهرة وبغداد وبمد ذلك افرد
 فصلاً لمؤلفات العرب ومصنفاتهم وختم الموضوع بجماعة جميلة قال فيها :
 وما برح العرب مكبين على المل حتى كيا جواد حفظهم ومال نجم
 سمدهم فطلبوا على امرهم ثم استفاقوا من غفلتهم وفي سورية
 وشرق الاردن والعراق ... تبذل جهود عظيمة في سبيل اعادة مجد الثقافة
 العربية والطب العربي معها . ا .

اتي جد منقط ان اقرظ محاضرة الاستاذ سامي الحداد في الجزء نفسه
 الذي نحيي فيه ذكرى الاستاذ كورنيليوس فان ديك فان الروح التي بعثها
 فان ديك في المهد الاميركي الكبير ما زالت حية رغم كل المحاولات التي
 بذلت لحقتها .

واخيراً اقدم اصدق التهاني للصادق المؤلف راجياً ان يتحفنا دائماً بتناج
 جهودهِ الفنية ونفثات براعه الساحر
 الدكتور
 وجيه نجا



مجلة المعهد الطبي العربي

دشق في كانون الاول سنة ١٩٣٧ م . الموافق لشوال سنة ١٣٥٦ هـ .

مؤتمر الجراحة الفرنسي السادس والاربعون

١ - الفريزة المرضية والمعالجة في حروق الجلد الواسعة الحديثة

لحمها الطيم مرشد خاطر

بحث في فريزة الحروق المرضية الاستاذ بطرس دوفال من باريس وفي
معالجتها مورغ مولين من مونييه .

١ - الفريزة المرضية : عين دوفال الحروق التي يعينها في هذا البحث فعرها
انها الحروق الجلدية اي المناسبة للدرجتين الثانية والثالثة من درجات دوبويتزن
الدرسية ، والواسعة اي المشتعلة على ما لا يقل عن ثلث مساحة الجسد ،
والحديثة اي التي لا تزال في اسبوعها الاول ولم يمر عليها اكثر من
عشرة ايام ،

وتحدث هذه الحروق الواسعة كما لا يخفى عوارض عامة قد تصعب
البدن بمفاجأتها وشدتها مخلة بالتوازن الحيوي ومعدنة آفات عديدة

في الاحشاء وممثلة عدداً عديداً من المحروقين : مالا يقل عن اربعين في المائة اذا شمل الحرق ثلث الجسد ومائة في المائة اذا كان اكثر اتساعاً والتناذر السريري الذي يبدو في هذه الحروق هو تناذر انسجام شامل فائق الحدة : فان الدور البدئي هو دور التنبه الذي يعقبه دور الوهن والسبات والموت . واما الاعراض الثانوية فهي الاقياء والاسهال وسلس البول والغائط . ويهبط الضغط الشرياني ويسرع النبض وتقل الحرارة الطبيعية او تهبط فان معظم المحروقين حروقاً متسعة يموتون وحرارتهم غير عالية غير ان بعضاً منهم قد ترتفع حرارته الى ٤٠ او ٤١ بفعل المحاصيل السامة في المراكز المنظمة للحرارة .

ويقل البول ويكثر فيه الآحين والدم . وقد يظل البول غزيراً وخالياً من العناصر المرضية ويجب ان تعالج كلية المحروقين بالمدرات . وتختلف آفات الجلد اختلافاً كبيراً فانه في بعض من النواحي مخرب تخريباً تاماً بيد ان الادمة في البعض الآخر منها قليلة الاصابة حتى ان معرفة السطح المحروق من الجلد معرفة صادقة متعذرة ان لم تكن مستعجلة . وتبدو في الجلد المحترق هنا وهناك اعشاش سليمة باستطاعتها القيام بالترميم غير ان هذه الاقسام السليمة نفسها مصابة بتبدلات مشابهة لتبدلات الجلد المحروق . والتقاعات والجلد المحروق مثقلة بالكلورور والجلد السليم مثقل به ايضاً . والجلد المحروق سام وقطعه ينجي الحيوان واذا ما طعم حيوان سليم به قتله . وتصاب جميع الاحشاء : انبوب الهضم (قروح الاثنا عشرية) والطحال والكبد والمشكلة (البنكرياس) والكليتين والرئتين والجهاز العصبي

والكظرين (المحفظتين فوق الكليتين) فتنيف جميعها تيفاً شديداً وتحتشي احتشاءات زرقية . وتصاب الحلية نفسها بآفات الاستعالة .

وتكشف الفحوص المخبرية اضطرابات جسيمة في الوظائف المختلفة فقصص الدم يكشف ازدياد السكر (٣ - ٤ غم) والمخوضه فيه وهبوط الاحتياط القلوي وازدياد الادرنالين، وكثرة الكريات البيض وزيادة معدل خضاب الدم (الهاموغلوبين) وكثافته وعلو معدل البولة و نقص الكلورودور . وفي الجملة فان معظم الوظائف تختل اختلالات كبيرة .

وتطراً على البول اضطرابات حمة لا تقل شأنًا عن اضطرابات الدم فتظهر يلة الدم وتكثر البولة وكثيرات الهضمونات (les polypeptides) والحوامض الامينية فيه .

وبين الاختبار ان هذه الاضطرابات تبدو منذ الساعة الاولى للحرق . وبعد ان جاء الباحث بهذه الخلاصة التشرحية السريرية ذكر النظريات العديدة لتلليل « داء الحرق » هذا .

الناقشة الامراضية : ما من نظرية من هذه النظريات تصمد بعد ان توجه الانتقادات اليها مع ان في كل منها شيئاً من الصواب . هذا اذا استثنينا نظرية الانسجام بالحاصيل المتكونة في النسج المحروقة والمنتشرة في المصوية . ان فكرة الانسجام العام في الحروق المنتمة معروفة منذ زمن قديم وقد ذكرها عدد من المؤلفين وجدوا في كشف المادة السامة وتعيين جوهرها ونسبة الموارض الخطرة في الحروق وموت المحروقين .

ويستطاع الآن بعد درس كل ما قيل وتمحيصه من فهم نظرية الانسجام

وتكونه على الوجه الآتي :

تفقد آحنيات النسيج حياتها او يضطرب التوازن الفيزيائي الكيماوي بفعل الحرارة العالية فيها . فتكون في المكان المحروق هضمونات شديدة السمية لا تلبث ان تنتشر بسرعة في الدوران وتعمّ العضوية . وتدخل هذه السموم العضوية بالطريق الوريدي الكبير الخطر .

ويناسب مقدار المواد السامة حجم النسيج المتبدلة ، وخطر الحروق تابع لمساحتها . ولا تتكون هذه المواد السامة في النسيج المتفحمة يملل لنا هذا الامر ان تفهم الطرف اقل خطراً من حرقه المتسع من الدرجة الثانية .

وتؤثر هذه المواد السامة في نسيج البدن وتؤذيها وقد تصبح الآفة الموضعية آفة عامة فيزداد في الدم بعض من المواد السامة ككثيرات الهضمونات والحامض البولي ودليله تجزؤ الآحنيات . وتبدو في معظم الاحشاء آفات مختلفة . ويثبت الاختبار ان حقن الوريد بهذه المواد السامة الناشئة من الحروق او بما يماثلها ككثيرات الهضمونات يحدث في الاحشاء آفات مماثلة للآفات التي تحدثها الحروق فيها فالعوارض العامة ليست والحالة هذه الا نتيجة لفعل هذه المواد السامة المميّنة .

ويبدو هذا الانسجام العام بعد حدوث الحرق يضع ساعات وليست الاشكال الصاعقة فادرة مع ذلك . وفعل هذه المواد السامة خاضع لشريعة الحقن بها فكلما كان الامتصاص سريعاً والمقدار كبيراً اسرعت العوارض بالظهور واشتدّ خطرهما .

ويبلغ هذا الانسجام العام الذي يطراً في بدء الحروق اقصى حده في اليوم

الثالث او الرابع اذا تأتي المفونة فتضم اليه وتزيد خطراً . غير ان البدن المهدد يدافع عن نفسه في هذا الدور السام بطرق مختلفة : فبدو في الدم حمار ترياقية وتطرح الكبد الفضلات الآزوتية وتضبط النسيج المتأذية كلورور الدم ويزداد الادرنالين فيه وتكثر كرياتة الحمر والخ . . . غير ان قيام الاعضاء المختلفة بعمل الدفاع العظيم يتطلب بعض الوقت فلا عجب اذا ما غلبت المضوية على امرها وقضى معظم المحروقين حروفاً واسعة قبل ان ينظم البدن خطط الدفاع .

ويمحق لنا ان نشبه الحرق الواسع بمرض عام وبانسام شديد الخطر منشأه النسيج المحترقة وسبب الخطر جسامه المواد السامة وسرعة دخولها الدوران العام وتقص دفاع البدن الناجم عن مفاجأة السموم له او عن قلة دفاعه لتأذي اعضائه السريع بهذه السموم او لمرض سابق كان قد اصابها .

وما عساها ان تكون المادة السامة التي يجب اتهامها في احداث هذه الموارض ؟ اتنا لا نزال نجعلها حتى الآن وجل ما نستطيع معرفته ان المادة السامة المتكونة في النسيج المحروقة تشتق من آحينيات النسيج وتتبع على ما يرجح فئة كثيرات الهضمونات . ومن جهة اخرى أنفجهم الموارض العامة التي تطرأ على المحروقين حروفاً واسعة عن صدمة تأقية (anaphylactique) ؟ وليس الحرق خطراً الا لكون البدن المحترق في حالة حس (sensibilité) ذاتي او اجني ؟

يدلنا فحص المحروقين السريري الدقيق والاختبار معاً ان الجواب على السؤال السابق ايجابي مع بعض التحفظ . ان مبدأ التحسس الذاتي جدير

بالاعتبار في تعليل عوارض الحروق غير انه لا بد من التدقيق فيه ودرسه قبل الجزم فيه من الوجهة الامراضية .

النتائج : ان الايام الاربعة الاولى التي تمرّ على المحروق يتألف منها دور خاص في سير الحروق ففيه تبدو نقيّة خالصة تفاعلات البدن الناجمة عن احتراق النسيج فقط واما العفونة التي لا تنجو منها النسيج المحروقة فلا يبدأ فعلها قبل اليوم الرابع .

ويستتج من المقدمة التي جئنا بها عن درس غريزة الحروق المرضية في المحروقين حروفاً واسعة ان احتراق النسيج الواسع يحدث بسرعة فائقة اضطرابات عامة شديدة الخطر في البدن نستطيع ان ندعوها « داء الحروق » وهذا الداء السريع الخطر لا يستمر الا بضعة ايام اي طيلة « دور الانسجام » في المحروقين . والوفيات في هذا الدور متى شمل الحرق ثلث الجسد او تجاوزته متبذلة من ٤٠ - ١٠٠ ٪ . وبحملنا فحوص المحروقين السريري في هذا الدور واضطرابات اخلاطهم وآفات نسجهم الموضعية والبيمية واضطرابات احشائهم المختلفة كما تدعونا نتائج الاختبار في الحيوان، الى عد « داء الحروق » انساماً عاماً بمواد سامة متكونة في النسيج المحروقة ومنتشرة في الدوران العام . والانسجام في الحروق مماثل بمض المائلة باهراسه وآفاته للانسجومات الاخرى بمحاصيل عضوية اجنية (الدفتيريا ، التيفية) او معدنية (الاسس البيريديية) غير ان الخاصة التي يتصف بها الانسجام في الحروق هو كون المواد السامة المؤذية تتكون من نسج البدن المحروقة نفسها فهو والحالة هذه انسجام ذاتي لا يدخله اقل عنصر اجنبي . فلا عجب اذا ما ادخلنا انسجام المحروقين

حروقاً واسعة في صف خاص لا نكاد ندرك انواعه حتى الان : وهو انسجام
المضوية بفضلات نسجها نفسها .

وحرق الحيوان اختباراً خيراً واسطة لدرس هذا الانسجام لان الشخص
المحروق هو في الغالب صحيح البدن حين طرأ الحرق وفي حالة توازن
حيوي حسن كالحیوان المختبر به ولان المختبر يستطيع في اختباره
استخدام العوامل المحركة نفسها وينوع درجات فعلها كما هو الامر في الانسان
فالاختبار في درس الحروق اذا ما راعينا الفرق بين الانسان والحيوان كبير القيمة
ان الانسجام في المحروقين حروقاً واسعة مماثل لما يحدث في حالات ثلاث
بدأ العلم بكشف النقاب عنها : الصدمة الرضية في تخريبات النسيج الكبيرة
والداء في عقب البضع ، والانسجام الذي تحدثه الاشعة المجهولة او اشعة
الراديوم بعد تخريب نسيج الاورام .

ان هذه الادواء الاربعة تنشأ من تخريب نسيج المريض نفسها ومن
تكون مواد سامة منتشرة في الدوران العام . ويدلنا درس هذه الانسمامات
الاربعة انها ناجمة عن العامل نفسه فان تناذراتها السريية وتفاعلاتها الخلطية
واحدة ويستحق الحرق ان يكون نموذجها

واذا جاز لنا القاء نظرة على علم الامراض العامة تحققتنا ان تخرب نسجنا
وتكون مواد سامة منها شيء عادي في حياتنا اليومية . فان خلايا كل حي
تموت وتجدد تجدداً متواصلاً . وموت خلاياها نتيجة لقيامها بوظائفها واكبر
دليل على تكون هذه المواد السامة الدائم في جسدنا هو بولة الدم وكثيرات
هضوماته وحموضته والحلج . ويحافظ البدن على توازنه بوسائل دفاعه . حتى

إذا ما اختل التوازن بدت الانسمامات الذاتية : ازدياد بولة الدم وكثيرات الهضموئات واختلال الاحتياط القلوي .

وإذا كان بمض من الادواء وفي مقدمتها الحروق يشوش هذا التوازن بتخريبه السريع للنسج تشويشاً فجائياً فكثيرة هي الاسباب التي تحدث في نسجنا، ونحن متمتعون بصحة جيدة او في سياق احد الامراض، هذه التخريبات مشوشة توازننا الحيوي . والامثلة كثيرة عن هذا النوع : تعب العضلات ، الهزال والخ . .

وقد يدعونا هذا المبدأ الجديد الى احداث بحث طريف في الامراض العامة نسميه : الامراض المحدثه بالانسمامات الذاتية وما هي الا الامراض التي يتطلبها عامل الحياة نفسها .

ولكن الاتهب هذه المواد السامة الذاتية الجارية بلا انقطاع في الدم بعض المناعة او التعسس الذاتي للانسان الحي ؟ يدل الاختبار ان الحروق المكثرة تهب للحيوان تارة حالة تحسس تحملنا على تشبيه الحرق بالصدمة التأقية وتعال لنا خطر الحروق في بعض الاشخاص او انها تهب له على العكس من ذلك حالة مناعة تعيد الدم غنياً بالترياق والحروق اشد متانة .

وتعلل لنا هذه الحالات المتضادة التي تنشأ من سبب واحد وأمرها معروف في علم الامراض العامة التفاعلات الشخصية المختلفة بازاء الامراض وإذا كان درس الحروق الفرزي التشريحي لا يمكننا من حل هذه القضايا فانه يدعونا الى درسها والعناية بها .

٢ - المعالجة : لفت الباحث الانظار الى ضرورة المعالجة العامة السريعة

التي تفوق جميع الاعتداءات الموضعية : المورفين لتخفيف الآلام ، وتدفئة المريض حتى قبل تعريضه من اثوابه . ومقويات القلب .

ثم يكافح انسحاب الدم لان الدور الاول في الحروق انسابي صرف : باماهة (hydratation) الحروق تخفيفاً لكثافته ودمه وبحقنه بالمصلين المليحين المتبادل والزائد التور لمكافحة نقص الكلورور في دمه وازدياد كثيرات الهضومات فيه ، وينقل الدم اليه لتنشيطه ومضادة السموم فيه (مقادير قليلة مكررة من ٢٠٠ - ٣٠٠ سم ٣)

ويستعمل الديجيتال كمقوٍ للقلب ومدرٍ للبول والاتروين وكلورور الكلسيوم كمسكنين للجهاز العصبي التباتي ، وتحت كبريتيت الصوده الذي يعمل فعلاً حسناً في تطور (métabolisme) الكبريت ، وخلاصة الكظر (surrénale) والمصل المضاد للسكراز والمصل المضاد للمكورات العقدية اجتناباً للعفونة في الايام المقبلة .

ثم درس الباحث الطرق المتنوعة في المعالجة الموضعية ومحصلها تمحيصاً دقيقاً : الاجسام الدسمة منذ مرهم الكلس القديم حتى الامبرين (ambrine) غير مهمل الزيت القومولي الذي يبيل به البفت (taffetan) ويضد به الحرق . وجميع هذه الوسائط ناجمة في تسكين الآلام غير انها تسهل امتصاص السموم ولا يشار بها في البدء .

وتنظيف الناحية المحروقة المتقن وفقاً لاشارة مدام ناجوت منذ السنة ١٨٩٣ لاجتناب العفونة لا يزال مستعملاً ومفيداً حتى الآن .

واما قطع الاجزاء المحروقة الجراحي لمكافحة الانسحاب فصعب تحقيقه

متى كان الحرق واسعاً والحروق مصدوماً . والحلم المتواصل لا يخلو من الخطر لانه مضغف للقلب . والتجفيف هو خير الوسائل بتعريض الحرق للهواء الطلق او بالداغة (tannage) .

وقد درس الباحث فعل الحامض الغصبي والمواد الاخرى المسرعة للاندمال : نترات الفضة ، وفوق الكلورور ، وبنفسج الجنطيانا والمركوروكروم والح درساً دقيقاً وحدها هذا البحث الى وضع اسس المعالجة المسرعة للاندمال بعد سقوط القشور ونعني بالمعالجة بالحيويينات (les vitamines) والتضميد بدا كان والاشعة فوق البنفسجي والطعوم .

المقترحات لوضع معالجة اساسية : أ - الاحشاء آت : تبدل الاحشاء آت ذات

الشأن والمشتتة على عدد وافر من المحروقين والناطقة بارقام تقرب من الحقيقة ان الوفيات في الحروق الواسعة كانت تقرب من ٢٥ ٪ . وبعد ان ادخل الحامض الغصبي في المعالجة دلت الاحشاء آت الجديدة التي جمعها الجراحون انفسهم ان الوفيات هبطت الى ما يقرب من ٣٠ - ٣٥ في المائة غير ان قيمة الاحشاء آت في الحروق عرضة للمناقشة كيف لا والحروق الواسعة الخطرة والحروق المتوسطة تدخل فيها بلا اقل فارق بينها . فمعدل الوفيات تابع لانتساع الحروق لا للمعالجة المتبعة .

ومتى محص الباحث هذه المشاهدات تمحيصاً دقيقاً ظهر له ان معدل الوفيات في الحروق الواسعة لا يزال مرتفعاً على الرغم من جميع المعالجات ومن النجاح الذي اقترنت به المعالجة الغصبية التي خلصت من برائن الموت اشخاصاً تجاوزت حروقهم اكثر من نصف مساحة اجسادهم ، وبدا له جليا

ان الحروق التي تنيف على ثلث مساحة الجسد مميتة في الغالب . ومع ذلك فغير نكير ان المعالجة الحديثة قد ثبت فعلها الحسن وانها اطالت حياة كثير من المحروقين كانوا قد قضوا نحبتهم بدونها .

٢ - الاعتناءات المباشرة : لا بد من الاقرار بان الاسعافات العاجلة التي يحاط بها المحروق ، والقلوب لا تزال هالمة من طرؤ الحادثة والوسائل الضرورية غير متيسرة ، اقرب الى الضرر منها الى النفع . وخير ما يصنع في حالة كهذه حقن المحروق حرقاً واسماً بالمورفين ولفه بمقربة (drap) وارساله بسرعة الى المستشفى بلا اقل توسط .

واذا رغب في تضيد المحروق فليضد حرقه بما لا يضر بالتضيدات الناجمة المقبلة وعليه فلتبذ نبذاً باتاً الاجسام الشحمية التي تصعب ازلتها وتنع المعالجة العنسية النافعة .

ونذكر من هذه التضيدات التي يستطاع استعمالها بلا ضرر ولا ينكر نفعها لف الناحية المحروقة بضاد من الغزي (gaze) ذرٌ عليه تحت قترات البرموت او تضيدها برقادات معلقة مبللة بمحلول مثوي من النوفوكاينين الادرناليني . ان هذه التضيدات الموقته سهل زرعها متى اريد تنظيف الناحية تنظيفاً جراحياً متقناً .

٣ - تنظيم المستشفيات : لا يعالج المحروقون حروقاً واسعة في غير شعب الجراحة . واذا لم نطلب من تلك الشعب انشاء فرع خاص لمعالجة هذه الحروق فانتا نسأل ان يكون فيها بعض التجهيزات التي لا غنى عنها في حالات كهذه : غرفة دافئة لتعزية المريض وتنظيفه ، منطس مع

ماء حار جارٍ ، محلول عصي ممقم ، خيمة كهربية يستطيع تعريض جروح المحروق فيها للهواء الطلق .

ولا بد في هذه المستشفيات من مخبر جاهز في كل وقت لاجراء الفحوص الكيمياوية والمجهرية ومن مسطرين عموميين لنقل دماهم للمحروقين اذا اقتضى الامر ، حتى من ثاقبين من الحزوق لاجراء نقل الدم المنع .

٤ - الاعتناءات في الساعات الاولى : المعالجة العامة في البدء ثم المعالجة الموضعية ، هذا ما يجب اتباعه بلا اقل تردد .

واسس المعالجة العامة هي تسكين الألم بالمورفين والتدفئة واعطاء المحروق سوائل وافرة وحقنه بالمصول واكثر كلورور دمه بالمصل الملحي المتعادل او الزائد التوتر ونقل الدم .

وبعد ان تقاس مساحة الحرق لمعرفة انذاره وسيره تباشر المعالجة الموضعية فيبدأ بتنظيف الجروح الجراحي وهو عملية طويلة دقيقة تتعلق بها سير الحرق المقبل وقد تستدعي التخدير العام . ثم تختر النسيج المحروقة بالدباغة التي تفضل في يومنا الطرق الاخرى وتمتد بخير طريقة حيوية . وافضل مادة للدباغة الحامض الغصبي غير ان تعريض الحرق للهواء او وضع بمض المطهرات عليه ينفي الى النتيجة نفسها .

• واذا شئنا ان نضع قاعدة تمشي عليها في معالجة الحروق واختيار الطريقة المجففة قلنا : مقر الحرق : ان حروق الوجه تشفى بتعريضها للهواء وحروق الاليتين والعجان السريعة التلوث والتعفن تستدعي الدباغة السريعة .

مساحة الحروق : ويستحسن في الحروق التي تشتمل على الزور (tronc)

جميعه تخثير الاحينيات الجزأة بما امكن من السرعة، واشراك الحامض المعصي مع تترات القضة خير ما يصنع فيها . واذا كانت الحروق اقل اتساعاً ولا تشتمل الا على ١٥ - ٢٠ ٪ من مساحة الجسد تخثر الاحينات ايضاً فيها بحلول من الحامض المعصي نسبته ٥ ٪ او ينفسج الجنطيانا او المار كورود كروم عق الحروق : اذا كان الحرق من الدرجة الثانية افادت فيه الدباغة ونمت البشرة الجديدة تحت القشرة . واما في الحروق من الدرجة الثالثة فان الدباغة بالحامض المعصي تترك قشرة كثيفة قاسية يتقيح ما تحتها فتسقط تاركة سطحاً محبباً متعفنأ صعب الاندمال . وان بنفسج الجنطيانا او المار كورود كروم اللذين يفوقان الحامض المعصي بالتطهير ويتركان قشرة رقيقة لينة مفضلان عليه .

المعالجة المستعملة سابقاً : اذا كان الحرق قد ضمد بمواد شحمية لا يعود صالحاً للدباغة فيستغنى عنها فالحامض المعصي لا يفعل فعلاً حسناً مهما اعتني بتنظيف المادة الشحمية والتقيح لا مفر منه .

٥ - الاعتناءات التالية : هي الاعتناءات المستعملة منذ اليوم الثاني حتى الثاني عشر .

يثابر على المعالجة العامة وتراقب نتائجها بالتحوص المخبرية : تمايز كثافة الدم يومياً بمعايرة خضابه ، وبمايز كلورودر الدم وكثيرات هضمواته وبولته وسكره ، وتراقب التطورات التي تطرأ وترسم المعالجة المواقفة وتكشف معاينة الدم المجهرية تحييات الكريات البيض السمية فيه التي تستدعي نقل الدم بلا إبطاء .

وتراقب وظيفة السككية ويقوّى القلب بالديجيتال او الكورامين ويرفع التوتر الشرياني بالأفادرين ويمطى المحروق سوائل قلبية ويفذى بالاطعمة السائلة : مرق الحضر والحليب وعصير الاثمار .

وتنحصر المعالجة الموضعية بمراقبة القشرة المدبوعة التي لا بد من بقائها جافة بتعريضها للهواء تحت الحيمة الكهرية ومن تطهير حافاتها كل يوم بمسحها ببنفسج الجنطيانا

٦ — الاعتناءات التأخرية : اذا بلغ المحروق اليوم العاشر ولم تظهر فيه اقل عفونة وكانت الموارض العامة قد هجمت تخفف المعالجة العامة شيئاً فشيئاً . ثم يأتي زمن انفصال القشرة التي تسقط عفواً في الحروق من الدرجة الثانية واما في الحروق من الدرجة الثالثة فلا بد من تسهيل انفصالها بتضميد الناحية يوماً واحداً بتضميداً رطباً بمصل زائد التوتر او محلول دأ كان وقد يلجأ الى فصلها بالبضع ارباً ارباً .

وتطهر السطوح المحيطة التي تنكشف عنها القشرة في الحروق العميقة تطهيراً دقيقاً واذا بدت على تلك السطوح اجزاء حية من البشرة استطيع تنشيطها بتضميد الناحية بالزيت الحيوي (Vitaminée) واذا لم تكن عليها جزر حية من البشرة تطهر اولاً بتعريضها للاشعة فوق البنفسجية ثم تطعم بطعوم تسرع اندماها

الناقشة

ماك كلور : تكلم باسهاب عن معالجة الحروق بالحامض الغفسي مطرياً متافهه وذا كراً أنه قد انقص الوفيات انقاصاً شديداً . فان تكون تلك

القشرة الواقية يسكن الآلام ويمعد الجروح النازة جروحاً جافة منقصة
امكان التفتتات ومدة المعالجة وثقات التضميد . اصف الى ذلك ان
الاختلاطات المتأخرة الناجمة عن الندب الميب قليلة بمد هذه المعالجة . ولا
بد ان من اشراك هذ المعالجة الموضعية مع المعالجة العامة التي ترمي الى اهاض
قوى المريض وزيادة تحمله ومتانته : المصول السكرية والملحية وقل الدم
والخ . . وقد لفت الانظار الى ضرورة تعليم الشعب طرق الوقاية من الحروق
وبين الخطوة الواجب اتباعها وذاكر نتائجها .

ريال (من فينه) : ايد نتائج نقل الدم الحسنة الذي استعمله منذ زهاء ست
سنوات وذاكر احصائه المشتمل على ١٠٦ حوادث نجا منها ما يعادل ٦٠ ٪ .
وقد لفت الانظار الى ضرورة معاينة الدم المجهريّة التي ترشد الطيب المعالج
الى وجوب نقل الدم (اي ظهور التحييات السمية في الهوى وظهورها
هو العلامة المنذرة) وهو يشير بالدباغة ويحبذها وبالحمات المتواصلة في بعض
الحروق ويدعي ان هذه الحمات يجهل الكثيرون فعلها الحسن لأنهم لا يستعملونها
ويسون (من ايدبورغ) : يستعمل الدباغة ايضاً في معالجة الحروق وقد عالج
بها زهاء ٢٠٠ طفل منهم ٦٥ حروقهم واسعة . يوضع محلول الحامض الفصفي
الذي نسبته ٢٠ ٪ / بعد ان تنظف ناحية الحرق بالمصل ويمرض الحرق للهواء
او يدفأ ويستعمل بنفسج الجنطيانا او الاقريفلافين في الوقت نفسه المضادة
المفونة وخلاصات الكظر لمكافحة انسداد الدم .

سيان (من مونيخ) : ينظف الحروق بفرشاة صغيرة معدنية متصلة بتيار كهربى
فيتمكن بهذه الطريقة من زرع النسيج المحروقة بالحرارة آلياً . اصف الى

ذلك ان- التغير الذي يحصل عليه يزل الحرق مكوناً طلاءً واقياً من التفتن . وقد عكس على الشاشة البيضاء رسوماً عديدة مبنياً بها هذه الطريقة دوناتي (من ميلانو) بين مع معاونيه الدور الذي يلعبه تكثف الدم وامتصاص المواد السامة في الصدمة الثانوية التي تصيب المحروقين . وغير تكثير ان هذين العاملين هما سبب الصدمة غير انه قد ظهر من تجاربهم ان اضطرابات الدوران بتدريه اولاً وان التشوشات الناجمة عن امتصاص الآحنيات السامة تأتي بعدها فيجب ان تكون المعالجة موجهة الى مكافحة تكثف الدم والانسجام معاً .

ديكر (من لوزان) : يدرس نقص كلورور الدم التالي للبضع ويبين الغموض المحيط به وقد ايد تجاربه وبالمعايرات المكررة التي كان يجريها ان درجة اصابة النسيج في ساحة العملية لا تناسب درجة نقص طورور الدم ولا بد من اجراء هذه المعايرات بعد البضع كما في عقب الحروق المماثلة الحالتين لمعرفة الحالات التي ينقص فيها كلورور الدم ويكون اعطاء المصول الملحية فيها مضرأ .

دزمبوفسكي (من بولونيا) : يشير باستعمال حيوانات زيت كبد الحوت ويستعمل ايضاً الدباغة الموضعية التي يعصف طريقتهما ونتائجها .

لريش من (ستراسبورغ) : جرب في المعالجة الموضعية المقرمة (le drap) المعقمة ولم ترضه نتائجها . وقد جنى من الدباغة نتائج حسنة و اشار بالماركودروم في الاطفال وفي الحروق المتفتنة غير ان الاستشماش خير منه متى استطيع استعماله .

فردماسترو (شارتر) : جنى فوائد حسنة من المسح بالكحول اليودي ثم بتضميد طاهر يترك طويلاً ، ويجوز استعمال المار كور كروم على الطرز نفسه هامان وغربو : يعتقدان ان حروق الجلد الواسعة قلما تكون متساوية الدرجات في جميع الاقسام فهي سطحية في بعض الانحاء وعميقة في البعض الآخر . ويشيران بقطع الاجزاء العميقة المائتة مستندين الى مماثلة عوارض انسجام الدم في المحروقين والمصابين بجروح رضية والى نجاح هذا القطع في الجروح

ووسائل التخثر الكيميائي الناجمة في الجروح السطحية لا تفعل اقل فعل متى كان الموات عميقاً ولا تمنع انسجام الدم .

ويجوز في بعض من الاوقات وبعد العمليات الباكورة ترميم السطح المعرى بالطعوم او الخياطة او سوى ذلك . وقد قدم المؤلفان مشاهدات تؤيد مبدأهما .

لومبار ونونيليه (من الجزائر) : ذكرنا مشاهدتي حروق مميتة في ولدين استمر الحرق في المشاهدة الاولى ٥٥ يوماً وقد نقص في سياقه معدل هضمونات الدم مع انقلاب نسبة المصلين - كريبز وهبط الكولسترين وبقيت البولة طبيعية . وكشفت المعاينة النسيجية التهاباً في الكلية واستحالة شحمية في الكبد . واستمر الحرق الثاني ٢٧ ساعة فقط وظهرت في سياقه بيلة سكرية ويرقان وبدت آفات التهاب في الكلية منحصرة في الاثايب وظلت الكبد سليمة ولم تتبدل الكبد .

بوله وليموزن : يشيران بتضميد السطوح المحروقة بزيت كبد الحوت الذي

يضاد بما فيه من الحيويات الصدمة والتهام الدم ويسهل التدب بصونه جزيرات
الادمة التي لا تزال حية. ويوضع هذا الضماد بعد ان يدفى المحروق وتكافح
صدمة ويسكن ألمه بالمورفين وينظف حرقه تنظيفاً جراحياً متقناً وهو مخدر
تخدير عاماً. ويوضع المحروق بعد ان يضمّد على مقربة عقيمة وفي فراش دافئ.
وكما بدل الضماد تترك المعالجة بحلّة استشفاع (تعرض لاشعة الشمس او
للأشعة فوق البنفسجي وذلك تابع للفصل) ولا ينبذ المؤلفان الدباغة نبذاً
مطلقاً غير انهما يمالان بها الاقسام المكشوفة من الجسد . وتأتي هذه
الطريقة مشجعة .

دولاجبار الابن : لا يزال يستعمل التنظيف بالفرشاة والكحول بدرجة
٩٠ . والمريض مخدر تخديراً عاماً كما كان يصنع لوسان . غير ان هذه الطريقة
تستدعي التكبير ولا يستطيع اجراؤها الا في المستشفى . واذا خابت هذه
الطريقة فلأن المحروقين يصلون متأخرين في الغالب بعد ان تكون حروقهم
تعفنت . ولا سيما اذا كانوا قد ضمّدوا تضميداً اولياً بمواد شحمية الامر الذي
يجب نبذه نبذاً تاماً وتدريب الممرضات والشعب على الاقلاع عنه . واذا
اريد تسكين آلام المحروق فان ستر حرقه بتضميد حسن كافٍ ولا حاجة
الى طلائه بمواد شحمية .

شافاليه وكاركسون : عالماً ٣٣ بحرياً اسبانياً احترقوا حروفاً خطيرة بالحيوين
أ (A) واستعملوا زيت كبد الحوت لهذه الغاية وحقنوا عضلات المحروقين
بهذا الحيوين ايضاً . وقد كانت النتائج باهرة والتدب سريعاً والندبات لينة .

اليرقانات البردائية^(١)

للمليم ترايو استاذ السريريّات الطبية

ترجها طالب الطب السيد محمد وحيد الصواف

ان احسن نموذج مرضي لدرس اليرقانات هو البرداء . تملون جيداً ولع حيوان لافران بالكبد هذا الولع الذي تدل عليه الاقياء الصفراوية التي كثيراً ما زافق هجمات الحمى ، وضخامة الكبد متى تكررت الهجمات او على المكس ضمور هافي كهبة البرداء الضمورية (cirrhose atrophique palustre) وثبتت هذه الاعراض التي مارستم رؤيتها انتم العائشين في بيئة بردائية ، ان الوظيفة الصفراوية قلما تنجو من تأثير البرداء المؤذي ، وانى تسمى لها النجاة وخلية الكبد غالباً مصابة ومريضة . لذا ترى البرداء تحدث زمرة من اليرقانات كبديّة المنشأ .

تملون ايضاً ان فقر الدم خل البرداء الوفي لان جميع الكريات الحمر الموبوءة محكوم عليها بالخراب حتماً عند انفجار الجسيمات الوردية فيتحرر خضاب الدم وتطراً عليه سلسلة تبدلات يغلب بعدها الى اصبغة صفراوية فيحدث من جراء ذلك يرقان دموي المنشأ .

فيمكن للبرداء ان تحدث ، بحسب تعبير غوبلر القديم ، يرقانات هامافية (ict. hémaphéiques) و يرقانات صفراوية (ict. biliphéiques) حتى

(١) هي احدى المخاضرات الطبية عن الامراض المحلية لقهاها الاستاذ ترايو على طلبة المهد وقد رأينا في نقلها الى العربية ونشرها فائدة للقراء (المجلة)

انها يمكنها أيضاً كما سنرى ذلك ان تحقق شكلاً خاصاً بها مستمداً من
الآيتين المذكورتين وهو الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضائية البردائية ...

(la bilieuse hémoglobïnurique palustre)

لا نجد في المؤلفات الطبية حتى في الكبيرة منها فصلاً خاصاً بالبرقانات
البردائية . فقد اشار اليها لادانتاك (Le Dantec) اثناء وصفه للحمى الصفراوية
المتوجة ، التي تطلق في المستعمرات على كل حمى يرافقها اقياء ويرقان
وبراز صفراوي . وذكر فنسان وريو (Vincent et Rieux) يرقان البرداء
الحاد الذي يبدو اما بنموذج اليرقان الاتاني البسيط مع ازدياد افراز الصفراء
(polycholie) او ، وهو الاندر ، بشكل اليرقان الحطر مع ألب (hyperthermie)
وزيادة افراز الصفراء واعراض ترفية .

وقد اشار باسو (Paisseau) ايضاً الى يرقان البرداء وذلك في اثناء تكرار
النفوثة او النكوس حيث تكون الكبد واردة مؤلمة واليرقان - اذا وجد
ووجوده ممتد - بلايلة صفراوية (acholurique) . وقد اشار اليه
المؤلف نفسه ايضاً في اشكال اشده خطراً حيث يشاهد ، اما اليرقان الصريح
مع بيلة صفراوية (cholurique) وكبد قد تكون احياناً ابعادها جسيمة واما
اليرقان الاتاني الحمي مع البيلة الصفراوية والبراز الشديد الاصطباغ (selles
pleiochromiques) الذي لا يدوم سوى بضعة ايام وإما اخيراً اليرقان
الحطر مع هذيان وألب ووهن وقيء واسهال صفراوي وعوارض ترفية .

وقد وصف غرال ومارشو (Grall et Marchoux) تباعاً : يرقان بداء
حيات الجزائر المتوجة ، الذي يزداد وضوحاً كلما كانت الاصابة خطيرة

والانسجام قديماً وقد تلو انعكاسات حمراء مسرة الاصفرار ويدل حامض الآزوت على وجود مادة الصفراء الصائفة في البول، ثم اليرقان المؤخر في الحيات الصفراوية المعدية (*F. gastro-bilicusea*) الناجمة عن تكرار المغفونة الذي يقتصر على صبغ الملتصحات ومنشأ كبدي دموي. فليس هو إذاً يرقان انجباس ولا يرقان بفرط الافراز رغم احتواء البول على آثار زمرد الصفراء (*biliverdine*) ثم أخيراً يرقان البرداء التيفية (*paludo - typhisme*) مع صفات الانسجام الصفراوي (*ictérique*) الواضحة والدائمة: اصفرار عام، بول صفراوي ابقاء صفراوية، مع زف جلدي مخاطي في الحالات الشديدة الخطر، يبرز الى تبدل الدم بيرقان فرط الافراز.

وقد وجد ارمان داليل (*Armand Delille*) اثناء الحرب العامة جميع هذه الاشكال في جنود جيش الشرق الفرنسيين: اليرقان الانتاني الذي وصفه فنسان وريو والحصى الصفراوية المعدية التي وصفها فرال وكلاراك وأخيراً الحيات الصفراوية النزفية التي تقابل يرقانات باسو الخطرة او البرداء التيفية التي وصفها اطباء المستعمرات.

فاذا ما درسنا هذه التظاهرات المختلفة على ضوء المعلومات الحديثة عرفنا انها على التوالي: اليرقان بلا يلة صفراوية في البرداء الحبيثة وفي الاشكال الخفيفة منها، واليرقان بفرط الافراز وفرط الاصطباغ (*ict. polycholique*) مع موكب العلامات النزفية في اشكاله القديمة والخطرة، وأخيراً يرقان الانتقال (*de transition*) في بعض الحيات المعدية الصفراوية الناجمة عن تكرار المغفونة وهو يرقان يصل الاشكال مع يلة صفراوية

بالاشكال الحالية منها وتتصف بظهور آثار زمرد الصفراء (biliverdine) في البول .

.....

ان هذه الباقية التي التقطناها من الكتب الطبية واثبتناها هنا عن اليرقانات البردائية ليست كاملة وما جئنا به معاً بمستشفانا العام في اثناء دروسنا اوسع وأهم . فلنساهم اذاً في ايضاح هذا البحث مستينين بما نذكره معاً عن مرضانا متدرجين من الحالات الخفيفة الى الحالات الخطرة . فتقدم لكم أولاً بردائين حديثي الاصابة :

بضع هجمات حمة تملن بده المرض ، الطحال مؤلم والكبد طيمنية ، في الاغشية المخاطية بعض الاصفرار اما المتنجات فليس فيها اقل اثر للون اليرقان الخفيف ، في الدم أقاسيم نشيطة ، البول خال من الملاح والأصبغة الصفراوية ومن صفراء البول (اوروبيلين) هذا هو البرداء الحالي من اليرقان . واليكم مرضى آخرين حديثي المهد بالاصابة ايضاً ومن المنطقة البردائية نفسها الا ان الهجمات فيهم اشد واكثر عدداً وقد دخلوا المستشفى مصابين بغثافات واقياء غذائية واسهال عادي ، لسانهم وسخ وتفسهم كربة . أثمر فقر الدم في ملتحمتهم فأزال لونها ، العف صفرا باهتة في البعض وفاقة زعفرانية في الآخرين . الضعف وانحطاط التوى شديداً ، البطن رخو غير متقلب ولا مؤلم ، الصمم الطحالي معتاد او مزداد قليلاً ، الكبد لا تتجاوز الضلوع السكاذبة والمرارة غير مؤلمة ، الشهية ناقصة والبراز بلونه المعتاد ، اما الدم فقيه الحيوانات النشيطة او في الغالب الحيوانات المبكرة

ويبلغ نقص الكريات الحمراء المليون او المليون والنصف. اما الكريات الحمراء الباقية فاجياناً سالمة ومقاومة مقاومة حسنة في المحاليل الملحية (ترابو) و احيانا يرى منها ما هو محجب واقل مقاومة بنسبة $7 - 23$. (ساكابه وسابرازاز Sacquapée et Sabrasez) . وفي بعض الحالات النادرة يكون مصلى الدم حالاً للدم ولا يحوي البول أصبغة ولا ملاحاً صفراوية انما فيه شيء من صفراء البول (أودريلين) . هذا هو اليرقان الدموي المنشأ بلايلة صفراوية الناجم عن تخريب الحيوانات الدموية للكريات الحمراء الطبيعية تخريباً عظيماً وقد أسميناه لهذه الأسباب اليرقان المخرب للكريات-erythro phtorique) سواء أكان ناجماً عن ضعف خاص في عدد كبير من الكريات الحمراء التي قلت مقاومتها نحو المحاليل الملحية ومنه تسميته باليرقان بنقص المقاومة الكريوية او عن انحلال الكريات الحمراء بحالة خاصة ومنه تسميته باليرقان الحال للدم (hémolysinique) وتشاهد هذه النماذج الثلاثة بالتساوي في البرداء الحديثة العهد .

واليكم مرضى اقدم عهداً بالاصابة : شكوا هؤلاء هجمات حمية متكررة من النموذج الثالث اضمحلت مدة ثم نكست وقد شاهدنا فيهم ما يلي : مخطط حرارة غير منتظم بتاتاً ، اقياء غذائية ، قها ، دعثاً ووهناً . وفي الدم بعض الاجسام الهلالية مع نقص عظيم في الكريات يتجاوز المليونين . الاعشبة المخاطية حائلة اللون والملتحمة مصطبغة بلون يرقاني خفيف و احيانا بلون يرقاني صرف . البراز عادي والبول مصطبغ قليلاً فيه بولات و صفراء بول وخضاب دم . هذا هو اليرقان ذو البيلة الخضائنية بلايلة صفراوية

الذي يرى في الحمى الحيشة
واليكهم أيضاً نموذجاً آخر : الهجمات الاولى شديدة جداً مع ألب شديد
درجته ٤٠ - ٤١ وعرواء ثم عقب ذلك عرق غزير وقد تكررت هذه
الهجمات مراراً عديدة بالأوصاف نفسها ورافقتها اقياء صفراوية ودام الامر
كذلك بضعة اسابيع . وقد بدت في هؤلاء المرضى حين دخولهم المشفى
الأعراض التالية : طحال ضخم ومؤلم يتجاوز الضلوع الكاذبة . كبدة ضخمة
متجاوزة الحافة الضلعية باصبعين . المتحجات صفراء قاعية . البراز سائل مصفر
او اخضر . البول احمر قانيء فيه بولات واصبغة صفراوية وصفراء بول وقليل
من الملاح الصفراوية . الدم متوسط الفقر بالكريات وفيه اقسام نشيطة
ومبكرة . هذا هو اليرقان الصباغي (pleiochromique) مع بيلة صفراوية
الذي يرى في احد اشكال البرداء الجائحة ويمده السرريون وعلماء الدم
شكلاً خيئاً .

والآن سندكر مشاهدات عن مرضى مصابين ببرداء مزمنة مروا بأدوار
مختلفة . تكرر عفونة او نكوس ، تتظاهر بحميات كان يسميها القدماء
الحميات الممدية الصفراوية وتنصف بثالوث عرضي واسم : يرقان ، اقياء
صفراوية ، براز صفراوي .

بدأ المرض في بعض من المرضى لم تمر على اصابتهم سوى بضعة اشهر
بهجمة حمية قوية من النموذج الحيش مع عرواء شديدة واقيا صفراوية
وبراز صفراوي . وقد تكررت الهجمات دغماً من الكينين متتالية او بفترات

ايام . الجلد أصفر والقمة تلم والمعدة حساسة لا تقبل شيئاً حتى السوائل .
الكبد ضخمة ومؤلمة ، الطحال محسوس ، البراز سائل وشديد الاصطباغ ،
في البول بولات واصبغة وملاح صفراوية ، في الدم حيوانات نشيطة ومبكرة ..
هذه هي الحمى الصفراوية المتقطعة مع يرقانها الخاص : اليرقان بازدياد الافراز
مع ليلة صفراوية .

وكان البدء في البعض الآخر بقمة وصداع ودعث : ترتفع الحرارة مهتزة
ما بين ٣٨° - ٣٩° مع انخفاآت يومية معادلة لدرجة فاكثرت تجعل المخطط منكسراً .
الاحف والمثجات صفرا فاقمة ، اللسان جاف احمر ذروته متشققة ، الطحال
غير متجاوز حافة الضلوع الكاذبة والكبد غير مزداة الحجم فكأن
هذين العضوين لا يتفاعلا بالفعونة البردائية ، الاقياء صفراوية ومتكررة ،
البراز مصطبغ بافراز صفراوي غزير والوهن بالغ اشد ، في البول اصبغة
وملاح صفراوية و صفراء بول (اورويلين) وفيه ايضاً نيلة (انديكان) وسكاتول
وبولات وحماضات حتى ان فيه شيئاً من السكر . اما الدم ففيه أقاسيم او
امراس مبكرة بشكلها الهلالي الخاص هذه هي الحمى الصفراوية
الحديثة المعروفة بالحمى الداروية التي غالباً ماتت مع يرقان صباغي (pleiochro-
mique) بازدياد الصفراء ويلة صفراوية وقصور كبدي .

واخيراً نرى في بعض المرضى المصابين بحمى صفراوية متقطعة او متموجة
ان اليرقان يزداد فجأة ويستفحل خطره وتظهر النزوف : رعاف وقيء دم
ويلة دم ولطاخات فرغرية كما تظهر في الوقت نفسه اعراض عصبية : سدر
ووسن او على المكس اختلاج وهذيان ، ينقص حجم الكبد ، القمة تلم

ويختلف الاسهال امساك، يحول لون البراز وتنقص كمية البول وينشبع لونه فيغدو اسمر قائماً مع انعكاسات خضر وتظهر فيه صفراء البول وكثير من الآحين وتنقص بولته ينما تزداد بولة الدم حتى تبلغ ٤ - ٥ غرامات هذا هو اليرقان الحطر مع يلة صفراء البول وزوال الاصبغة الصفراوية والتأسر (urémie) المؤدي الى السبات الميت بنقص الحرارة التدريجي وهو يرقان الحيات الحينة مع قصور الكبد الحاد

لقد جمعنا اخيراً عناصر باقتنا بعد عناه كبير . وتتألف هذه الحزمة من الالوان التالية : الاصفر الشاحب في اليرقانات الدموية المنشأ بلا يلة صفراوية . والاصفر الفاقع في اليرقانات بازدياد عمل الكبد، والزغفراني في اليرقانات بازدياد افراز الصفراء ، والاصفر المحمر الى الاسرة او المحمر الى الخضرة في الحيات الصفراوية المتوجة او المنقطعة ، والاحمر الفرغري في اليرقانات الحطرة . بقي علينا ان نضيف الى هذه الباقية عنصراً اخيراً وهو اللون الاصفر ذو الانعكاسات الخضرة الذي يشاهد في الحمى الصفراوية ذات الييلة الخضائية .

لم تكن هذه الحمى نادرة في سورية حين الاحتلال الفرنسي وفي السنوات الاولى التي تلتها فقد ذكر الاطباء العسكريون عدة اصابات منها في جنود أتوا من فرنسة سالمين وترضوا في اثناء الحركات العسكرية امفونات شديدة ومنذ ذلك الحين خفت وطأة هذا الشكل الحطر من الحمى وانطقت جذوته بفضل استمهال الكينين الواقي في الجيش وفي سكان القرى ويمكننا ان

نقول بزوال هذه الحمى من مسرح الامراض السورية زوالاً يكاد يكون تاماً . لذا ادى نفسي مضطراً الى الاستعانة هذه المرة بالمؤلفات الدراسية التي ورد فيها ذكر هذا الشكل ووصفه الدقيق .

والتمودج هنا بردائون مزمنون تتابعهم من وقت لآخر بعض الهجمات الحمية . تبدأ النوبة بهجمة واضحة شديدة وحمى تبلغ الـ ٤٠° مع آلام سيئاشة او طمئة سفود (coup de barre) وضجر وحصر في الزور (thorax) ورافق صعود الحمى اقياء كرائية مكررة وآلام معدية . ويظهر اليرقان وبعث في بضع ساعات ويقع لونه . ثم يبول المريض بيلة مؤلمة ويدفع كمية قليلة من بول عكر خري او بلون القهوة وتستمر الحمى في الايام التالية متقطعة او متموجة او بلا اقل نظام . وينضم الزراق الى الاقياء الصفراوية ويندو عدم تحمل المعدة مطلقاً . ثم يخف الاصفرار بمد ذلك ينما تضخم الكبد وتؤلّم . وتتكرر البيلات وتظهر نزوف مختلفة . ولا يبدي فعص رسوب البول سوى بعض الكريات الحمر المتبدلة ينما البول نفسه يحوي عناصر كريبوية (stroma globulaire) وافرة : كثير من خضاب الدم الى جانب قليل من صفراء البول وبعض الاصبغة الصفراوية . اما الدم فمخضب (hémoglobinhémie) في البسه ثم يصفر (cholémie) سريعاً ، تنقص المقاومة الكريبوية في بدء النوبة ثم لا تلبث ان تزداد . وتغيب الحيوانات الدموية من التيار الدموي منذ الساعة الاولى وتكون في الغالب من النوع الحيث .

وقد تكون النوبة صاعقة : يصفر المريض بسرعة في اربع وعشرين

ساعة ويبوليلة خضائية واحدة ثم يقضي بعد سبات وجيز والغالب ان يحدث الموت في بضعة ايام ، اما بانقطاع البول وتراكم الآزوت في الدم واما بفقر الدم المترقي او بنزوف غزيرة .

لقد كملت باقتنا الآن وبقي علينا وبطها . فالعناصر التي تتألف منها ليست متناقضة الا بالمظهر ويمكننا جمعها بسهولة حزمة متجانسة يرتبط بعضها بالعض الآخر برابط متين وثيق هو الفرزة المرضية المشتركة . فنشأ اليرقانات البردائية جميعها واحد : تحتل الحيوانات الدموية الكريات الحمر فتخربها ثم تنشق او تنحل بتأثير المفرغات او المفرزات السامة ولا تلبث ان تزول من الدوران بعد مدة مختلفة الطول . ويتنوع اليرقان هنا بحسب شدة الاصابة وبحسب نوع الطفيلي المهاجم خبيث هو أم سليم . فاذا كانت الاصابة خفيفة والطفيلي سليماً لدى انشقاق الكريات تتحرر الحيوانات وتحمر معها قليل من خضاب الدم تضبطه الكبد وتحوله الى اصبغة صفراوية لا تظهر في الدم الجاري ... هذا هو دور البرداء الحالي من اليرقان (période anictérique)

واذا كانت الاصابة اشد والحيوان الدموي من النوع الحِيث ضعفت الكريات الحمر بنسبة كبيرة وظهرت في المصل حالات الدم واستفحل خطر فقر الدم لازدياد الحساسة في الكريات ومع هذا فاذا تمكنت الكبد من ضبط خضاب الدم المتحرر ومن اختزان الاصبغة الحديثة الناجمة عن تحوله فان اليرقان لا يظهر . اما اذا طرأ فجأة ما ادى الى تحرر كمية كبيرة

من خضاب الدم دفعة واحدة ولم تتمكن الكبد من ضبطها فان خضاب الدم الزائد يمر الى هولى الخلايا حيث يتبدل بعض التبدل ويبقى حتى تعود الغدة الصفراوية المجهدة فتحوله الى ياقوت صفراء. ويتج من ذلك صباغ اصفر يصبغ الجلد والأغشية المخاطية بصورة خفيفة فيحدث يرقان. لا يثبت شيء وجوده في البول وهو اليرقان الدموي المنشأ بلا يلة صفراوية. وقد يكون خضاب الدم المتحرر عظيم الكمية فيتراكم في خلايا النسيج حتى يشبعها فيمر آثد بحكم الضرورة شيء من الصباغ الاصفر المتكون الى السكتين حيث يحول الى صفراء بول فيبدو اليرقان الدموي المنشأ مع يلة صفراء البول بلا يلة صفراوية - (ict. acholurique urobilinurie) وقد يحدث أيضاً أن تعجز الكبد عن تحويل كامل خضاب الدم المتحرر وان تكون خلايا الأنسجة من جهة ثانية مفعمة بالصباغ الاصفر حتى الاشباع فيفتح والحالة هذه ان يمر خضاب الدم و صفراء البول مما خلال مرشحة السكية فيبدو اليرقان الدموي المنشأ مع يلة خضائية ويلة صفراء بول. ومهما يكن فان خضاب الدم متى انصبت منه في الدم كمية غزيرة يبعث النشاط في الافراز الصفراوي الذي يزداد بالنسبة نفسها. فاذا كان فيض الافراز هذا عظيماً ظهرت الاعراض الصفراوية مع الاقياء والاسهالات الخاصة وبدت في البول الاصبغة والملاح الصفراوية وتكون هذه المرة اليرقان الكبدي المنشأ مع يلة صفراوية وهو نجم عن فرط نشاط الكبد. وقد تتعب الكبد مع طول المدة من تحويل خضاب الدم الزائد ومن اختزان حديد الكريات فيهرب من الخلية الكبدية شيء من الصباغ لم يتم

تكوّنه في الانسجة ويبدو في البول بشكل صفراء البول الى جانب الاصبغة والملاح الصفراوية المعتادة فيعدو اليرقان يرقاناً بفرط الافراز مع يلة صفراوية و صفراء بولية - (ict. hypercholique cholurique et urobili-nurique) فصفراء البول هنا تدل على عضو مريض كما كان يستقد هاييم (Hayem) .

. وفي حالات اخرى قد يكون عدد الكريات الحمر المصابة كبيراً وقطر الدم شديداً تقدر خسارة الكريات فيه بالملايين والاصبغة كثيرة ليس في وسع الكبد اختزانها فتمر الصفراء الى الدم والبراز والبول وينطر ح قسم منها بالمعدة فيتكون اليرقان الصباغي بفرط الافراز مع يلة صفراوية وهو يشاهد في الحميات الصفراوية المتموجة المدماة بالحميات المدارية (tropicales) والتي عاملها في الغالب حيوان من النوع الثلث الحيث .

غير ان لكل اجهاد حداً ولكل مقاومة نهاية وتأذي الخلايا الصفراوية بسموم الحيوانات الدموية لا يثبت ان ينضم الى فرط عمل الكبد فتندفق الصفراء من كل حذب محدثة حميات معدية صفراوية متقطعة او متموجة ويمم الانسمام ويشند وتأخذ الهجمات الحرورية سيراً خيئاً فتختل آتئذ وظائف خلية الكبد جميعها : وظيفة توليد السكر ووظيفة تعديل السموم ووظيفة تحويل حامض البول ولاسيما وظيفة افراز الصفراء اختلالاً متفاوت الشدة وتلقي الكبد في الدوران خليطاً من الاصبغة الصفراوية المعتادة ومن صفراء البول . وينضم الى اليرقان الوحيد الصباغ (orthopigmentaire) يرقان عديد الاصبغة (mélapigmentaire) . وتتراكم البولة في الدم بينما

تمر الى البول الملاح والاصبغة الصفراوية وصفراء البول والنيلة والسكاتول والبولات والمخاضات حتى السكر فيثبت قصور الكبد ويستفعل خطر البرقان او يبدو البرقان الخطر مع نزوف في الجلد والاعشية المخاطية .
واخيراً فان عدداً كبيراً من السكريات الحمر يندو سريع المطب بتأثير عوامل غير معينة تمام التمييز يدخل في عدادها خبث الحيوان الدموي اكثر من عدده . ففي احد الايام ، كما صفة تهب فجأة في سماء صافية ، ينحل هذا العدد بسرعة وتندفع موجة من الحضاب الى الدم تالية مدّ (Pux) الحرارة الذي يتجاوز ٤٠° فبناغت الكبد حيث يتحول قسم منها الى صفراء وينزو قسمها الاكبر المرشحة السكلوية . وفي الوقت نفسه تفيض الصفراء فتبدو الحمى الصفراوية بأقيائها الكرائية واسهاها الاخضر واصفرارها الذي يزداد من ساعة الى ساعة ثم لا تلبث ان تعجز الكليتان ينما يزداد المستوى البولي في الدم . ويزداد فقر الدم الخطر ثم تتبع ذلك نزوف غزيرة تفضي الى موت المريض بالسبات السريع لقد هدأت العاصفة : عاصفة الحمى الصفراوية ذات الليلة الحضايبية وتركت بعدها الهدوء العميق والراحة الابدية

لنفكر الآن في الوقائع المتتالية التي سردنا وصفها . ان الدور الدموي لبرقان البردائي البدئي دور آلي تقريباً اذ تجري وقائع الفصل الرئيس من فاجمة البرداء في الاوعية حيث تتصارع الحيوانات الدموية وجهاً لوجه مع السكريات الحمر التي تنبثق تحت ضغط هذه الحيوانات فيحدث تخربها

يرقاناً خاصاً هو اليرقان بحراب الكريات (icl.érythrophorique) وتبدي
 السكريات الحمر السائلة الباقية مقاومة كافية بل مزداة أحياناً نحو المحاليل
 اللبنة هذا اذا لم يؤذها انسام شديد ومديد . وقد يكون عدد الكريات
 المحربة عظيماً جداً لان الهجمة الحمية الواحدة تخفض نسبة السكريات في الدم
 ٥ - ١٠ ٪ / فينقص مجموعها نحو نصف مليون كرية في الملم ٣ . نعم ان
 للكينين ولمخ المظام تأثيراً عظيماً في تحديد الحسارة الا ان نقص المداواة
 وتكرر الهجمات تسرعانها وتزيدانها ضعفاً على إباله . وفي هذه الحالة تضطر
 الكبد الى التوسط فيتحول اليرقان الدموي المنشأ يرقاناً بفرط عمل الكبد
 او ، اذا طفت الاسبغة الصفراوية المتسكونة من خضاب الدم ، يرقاناً بفرط
 افراز الصفراء كما يحدث في الاشكال الصفراوية المتقطعة او المتوجة مع
 انسام دم صفراوي (ictérie) واصطباغ زائد (pleiochromie) وبيلة صفراء
 وتكون الحمية على اشدها في الحمى الصفراء ذات البيلة الحضايبية على الرغم
 من فقد كل اثر للطفلي في اثناء النوبة لان الطفيليات تختفي حقيقة منذ
 ابتداء نوبة البيلة الحضايبية كأنها بعد ان خرجت خروج الظافر عادت
 فارتدت على اعقابها الى الطحال وغ المظام مستندة الى قوتها الاحتياطية
 هناك ويكون كل طفلي قد خرب في هذه الاثناء كرية دموية واحدة
 ولا يمكننا هذا من تحليل فقر الدم السريع والمتري بآلية التطفل فقط سيما
 وان عدد الكريات الدموية يهبط هبوطاً قوياً حتى يصل الى ٦٠٠٠٠٠
 كرية فقط في الملم ٣ في بضع ساعات . ويحملنا نقص كمية خضاب الدم في
 البرداء ٢٠ - ٥٠ ٪ / واحتواء البول في الحمى الصفراء ذات البيلة الحضايبية

على كمية كبيرة من العناصر الكربوية على الاعتقاد بان هنالك عدداً كبيراً من الكريات السائلة ايضاً قد فقدت كامل مادتها الملوّنة او قسماً منها.

*

* * يستنتج من ذلك ان الكبد والكريات الحمراء والطفيلي تمثل وحدها مشاهد الفاجعة . بل ينضم الى التخریب الآلي فعل عامل مجهول في الكريات استعداداً للمطب اذا كان الانسجام بطيئاً وخفيفاً او يمطبها اذا كان الانسجام مفاجئاً وعميقاً . ولكن الدم لا يحوي حالات في الحصى الصفراوية ذات اليلة الحضايبية فما عسى ان يكون هذا العامل ؟

رانا مرة ثانية في مفترق الطرق نفسه الذي أوصلنا اليه درس الكهبات الضمورية

* *

*

يجب علينا الاعتراف هنا بوجود سموم بردائية ونعلم ان لأحد هذه السموم خاصة مصلبة لأعضاء الاوردة المستبقة للكبد وان السموم الاخرى لا تؤثر في الكريات الحمر فقط فتعدها للمطب وتسهل حلها بل تؤثر ايضاً في خلية الكبد اذ ان الصفراء تفيض في بعض البرقاقات البردائية فيضاً لا يستطيع تحليله بخراب الكريات الحمر الآلي فقط . وقصور الكبد الذي تنصف به البرقاقات الخطرة لا ينتج فقط عن تب هذه الندة واجهادها في تحويل خضاب الدم المتحرر بكثرة بل ينتج في الغالب عن انسجام خلية الكبد الشديد نفسها . فالانسجام البطيء يؤدي الى اليرقان مع يلة صفراوية وقصور الكبد .

ما هي اذاً طبيعة السموم البردائية ؟ لقد طرح هذا السؤال كثير من المؤلفين قبلنا وحاولوا الاجابة عنه . يعتقد اسطفانو كريستوفر (Stéphens et Christofers) ان سماً حلالاً للدم يتحرر بتأثير الكينين . ويدعي بلازي (Blasi) انه وجد في مصل دم البردائين حالات دموية تحل كريات الدم نفسه لكن أرمان داليل وباسو ولومار (Armand Delille, Paisseau et Lemaire) لم يتمكنوا ابدأً من عزل حالات دموية داخلية كانت ام خارجية حتى في الحمى الصفراوية ذات الييلة الحضاينية حيث انحلال الدم الشامل على اشد ما يمكن من السرعة وحيث آهت الكينا نفسها محل الدم . أياكون هنالك سم منتشر كما يعتقد مار كيافاو تشيرميكوف (Marchiasava et Tchernikow) ؟ يوضح هذا الاعتقاد ما رآه هذان المؤلفان من اصابة نسيج الخلايا العصبية في اشكال البرداء الدماغية هذه الاصابة التي لا يقوى على احداثها سوى سم متسلسل . ونرى من جهة ثانية ان هنالك فرقاً غريباً بين ارتفاعات الحرارة البردائية وبين انبثاق الجسنيات الوردية افلا يمكن كما يعتقد لادانتاك (Le Dantec) ان يتحرر في اثناء هذا الانبثاق سم دافع للحرارة ؟ وعدا ذلك فقد رأينا ايضاً في مشاهدات خاصة لنا عن البرقان المبكر حادثة ييلة دم وحدة وحادثة فرقرية وحدة ايضاً بلا حمى صفراوية مطلقاً . فهل لسم البرداء ان يؤثر في العروق الشعرية فيبدها حتى تنبثق ؟ ان فرضية سم يفسد مقاومة الكريات الحمر ومئاته اعضاء العروق الشعرية ممكن وجميل كيف لا وهذان العنصران ينشآن من ارومة مضغية واحدة . واخيراً هل يعقل أن نزود الى التطقل وحده بعض المظاهر المرضية التي تدخل في

عداد اختلاطات البرداء كالتهاب الابهر والتهاب الاعصاب العديدة والامراض النفسية ؟ فاذا ما خابت تجارب شلي (Celli) في كشف السموم البردائية واذا لم تثبت حقيقة هذه السموم حتى الآن فان البرداء تذكرنا بها في كل لحظة وغريزة البرقانات المرضية تنادي بها في كل آن .

* *

فيكون درس البرقانات في البردائين قد مكنتنا كمجالات لكم في البدء من القاء نظرة عامة على مسألة البرقانات المويصة المظهر . فلقد فهمنا بسهولة بفضل الأمثلة الحية تكون البرقان الدموي الناتج اما عن تخرب الكريات الحمر الآلي واما عن عطب هذه الكريات السمي او في النادر عن انحلالها بحالة دموية ذاتية . ورأينا ايضاً كيف ينتقل منشأ البرقان بالتدريج من الدم الى الكبد ولمسنا آلية فرط عمل الكبد وفرط افراز الصفراء الذي قد يؤدي الى وهن الغدة الصفراوية . وقد تأكدنا مما اثبتته لنا الكلبة الضمورية امكان اصابة الخلية الصفراوية عن بُعد بتأثير محمولات الحيوان الدموي المؤذية واضطررنا للمرة الثانية - ولن تكون المرة الاخيرة - الى التسليم بحقيقة الاليفانات البردائية .



وجوب الاعتناء بالجلد

ترجمها الدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين، نيويورك)

ان الجلد الصحيح دليل على صحة الجسم ، ووصولاً الى ذلك لابد من بذل بعض الجهود . ومتى تم يُستدل من النظر الى جلد الوجه ان اجهزة البدن قائمة بوظائفها الخاصة . بل ان الجلد المنطوي للجسم يبدل ايضاً هذه الدلالة . كثيراً ما نسمع اطراء حالة الجلد المنطوي للوجه ، ونستنتج من ذلك ان الشخص يتمتع بالصحة لان لون وجهه (او وجهها) جيد ، يد ان الجلد المنطوي للبدن ندر ان يذكر عنه شيء تابع للصحة ، مع ان حالته السليمة لا تبدو ابدأ للعيان عندما يكون المرض قد اضر بالصحة .

ولكي يتمتع الجلد بكامل صحته يجب ان يكون حائزاً على ثلاثة شروط رئيسة وهي : اللون ، واللمعان ، والبضاضة (او النعومة) . فاللون يجب ان يكون وردياً الى البياض . واللمعان ان يكون الجلد شفافاً ولينا تترقق فيه مياه الحياة . والبضاضة (او النعومة) ان يكون سطحه ملساً كالقטיפه وناعم الممس .

فتي حاز الجلد هذه الصفات عُدَّ جلداً صحيحاً . ولكن عندما تكون الاعضاء الداخلية مريضة تتغير وظائف الجلد ومظهره تغيراً بيئياً ، ولا يعود الجلد الى لينه وبقائه لونه وصحته الا عند ما تعود صحة الجسم عموماً الى محورها السوي (النظامي) .

وعلى الرغم من اطراء البض لحصائص الحديد والزرنيخ وغيرهما من
المقافير ، وعدم لها مصلحة للجلد ومعيده اليه صحته ، لا يبرح عن البال
ان الحمية الشأن الاول في هذا الصدد : فالمواد المسنة يجب ان تُستتي
من الطعام اذا كان الشخص زائد الوزن ، كما انه يجب ترتيب جراية غنية
بالنشويات والسكري ، وكافية التغذية لنحفاء البدن . ومتى بدت العدة (حبـ
الصبا) ، وطفح الندد الدهنية الدالان على ازدياد افراز الجلد الدهني ،
يجب تليين الباطنة بمسهل لطيف اتقاء حصول انسام باطني كثيراً ما يسبب
اندفاعات وتقاطات جلدية . ويوصى بالامتناع عن كل الاطعمة النيئة وغير
الناضجة ، ويسمح فقط بالمطبوخة والمخبوزة .

وخلافاً للاراء السائدة اليوم ، لا بأس من السماح بالادهان في الجراية
على ان لا يتجاوز مقدارها ما يستطيع المريض هضمه وتمثله .
واذا ضربنا صفحاً عن تشويشات الاعضاء الداخلية والحالات المرضية
المستمصة التي تؤثر في الجلد اجمالاً ، وهذا لا ريب فيه ابدأ ، كان علينا
ان نبين ضرورة الاعتناء بالجلد في حال الصحة لكي تبقى له نعمته
ولونه الصحي ،

ان قضية الصابون التي تستعمل في الحمام اليومي هي قضية حيوية جداً
فلا يجوز ابدأ عدم تقدير فعلها اللطيف المثلث . فاحسن صابون لتنظيف ما
كان معتدلاً (اي ما كان القلي فيه قليلاً) وغير مخرش للجلد . لا تكير ان
الصابون الكثير القلوية شديد التنظيف يدانه بعد ان يستعمل مدة من
الزمن يظهر تأثيره المؤذي في الجلد السليم عوضاً عن ان يبقى الجلد ناعماً

وليناً ومحتفظاً بلمعانه وملامسته الطبيعيين ، يصبح خشناً وجافاً ، وخشونة هذه تجر الى ظهور تقاط واندفاعات تكون وخيمة المواقب .
 اما التصور الشائع - وهو لسوء الحظ تصور مغلوط فيه - القائل بان الصابون اجمالاً يخرش للجلد اذا ما استعمل يومياً فهو ناتج عن عدم تحكيم الروية في انتقاء الصابون .

معلوم ان اصحاب معامل الصابون يميلون الى اطراء محضراتهم وما تنصف به من سرعة التنظيف . وهذا الاغراء يجوز بسهولة على جمهور العامة السذج . فعلى كل شخص يرغب في حفظ جلده صحيحاً ان يجتنب مثل هذه الصوابين ضاراً بالاعلانات عنها وبالشهادات الكثيرة عرض الحائط . ولو ان استعمال الصوابين الملبنة اللطيفة - اي الغنية بالمواد الدهنية ، والفقيرة بالقلبي كان شائعاً لكانت قلت حوادث امراض الجلد عند الاخصائيين . فقد يتفق ان الشخص الذي تضرر من استعمال صابون كثير القلوية ، يسود عليه الوهم الباطل بان جميع انواع الصوابين مؤذية للجلد ، وبديهي ان الوهم متى ساد يصبح عسر الاقتلاع من اذهان البسطاء .

يبدان الصوابين الجيدة لا غنى عنها للتنظيف وديمومة النظافة والانشراح . ويستدل على جودة الصابون بسرعة اذغائه الدال على وجود الادهان الحسنة في تركيبه ، وعدم تجفيفه الجلد مما يدل على قلة القلي فيه . فتل هذه الصوابين يجب استعمالها يومياً وبسخاء ، اذ لا شيء يفضي الى جلد حسن المظهر مثل الاكثار من استعمال صابون حسن التركيب ، والاكثار من استعمال الماء .

اعط خبزك للخباز ولو سرق نصفه

للدكتور كامل سليمان الحوري . (بروكلين — نيويورك)

ان الامثال في جميع اللغات قد نطق بها كبار المفكرين بناءً على اختبارات متكررة أيديتها التجارب ، وعزوتها مراقبات أولي الملاحظة الذين بما أوتوه من الحصافة والدقة في درس امور الحياة ، باتوا ابتداءً بمجدة المصلحة ، وصاروا يرفون كيف تؤكل الكتف ، وكيف يتقون التشبيات التي تجري مجرى الامثال ، وتكشف النواضع والافكار بالقاظ قليلة لكنها واسعة المعنى ، عميقة المغزى ، تدخل الافهام حالاً .

....

فالثلث المأثور الذي اتخذناه عنواناً لمقالنا الآتي نراه كافياً وافيّاً لاطلاع القارئ، اللبيب على ما تقصد اليه من كلامنا التالي :

في اثناء ممارستنا الطب سنين عديدة تحققنا ما ينشأ عن استعمال العلاجات في غير محلها او بدون استشارة طبيب قانوني .

....

امر مشهور عند معظم العامة ، والبعض من الخاصة ، وبالاخص الشرقيين ان الانسان لدى اقل انحراف في صحته يأخذ مسهلاً . وقد ثبت لنا ان كثيرين لا يستدعون الطبيب الا بعد سير العلة او الوعكه سيراً سريعاً وردئاً ، واذا ذاك يلجأون الى استشارة الطبيب ، وحين قدوم هذا الاخير

يقال له فوراً أنّ العليل قد تجرّع المسهلات اللازمة ، فكان القصد من هذا البيان ان يعرف الطيب - بمعنى مبطن ومستتر - انه اذا كان عندك غير وسائل فصفها والا فلا

.....

أجل لا نكير ان بدء المعالجة بالمسهلات لا غنى عنه في نشأة كل وعكة تقريباً مهما كانت خفيفة ، لان هذا الصنف من العلاجات كلّها القائدة لفصل المعدة مما يكسوها من المواد المخاطية ، ولتنظيف المعى من مواد القرح المتراكمة فيه . تلك خطة قرينة الصواب ، اذا ان تسعة او ثمانية اعشار المرضى يحتاجون الى المسهلات ولو استشاروا الطيب بادىء بدء . انما نقطة الاختلاف تقوم في نوع المسهل ، وكميته ، وطريقة شربه ، اذ انه يتفق ان هذا الشكل يألف مع مبدء هذا الشخص يد ان مبدء الآخر لا تعمل بل تعافه وتتقرّز منه كما انه قد يكفي زبداً عشرة غرامات من كبريتات الصودا ، . يد ان هموا يلزمه ثلاثون غراماً ، الى آخر ما هنالك من الفروق الناشئة عن الاستعداد الخلقي ، والمادة ، والبيئة ، والسن ، والمزاج الخ ...

.....

كنت عرفت سيّدة تجرعت ما يزيد على المائة غرام من زيت الخروع وهي حبلى في شهرها الثامن ، فاجهضت وكادت تبسح حياتها رخيصة لو لم تتداركها عناية الهية فائقة .

وهناك كثير من الامهات يحرجن الطفل الرضيع ملعتين كبيرتين من

زيت الحروع اي نحو ثلاثين قرماً ، مع ان هاته الجرعة المجهضة تكفي رجلاً بديناً ، وسدسها او سبعها يكفي الرضيع .

وكم وكنت اتمرر في اثناء ممارستي الطب في سورية ولبنان عندما كنت استنهم من والدة الطفل كم كانت جرعة الزيت التي جرعتها ابنا ، فكان جوابها لي : قد جرعته من الزيت ما قيمته مثاليك واحد او مثاليكين (١) . وقد قلت يوماً لاحدى المسجيات بمداركهن اذ قالت لي مثل هذا القول : وهل يا سيدتي لو اعطاك السمان خمسين درهماً بالمثاليك الواحد ، لكنت جرعتها ولذلك بدون ما تميز في الجرعة ؟ فنجلت اذ شعرت بخطاها وادركت غلطها . هذا وقد دلني اختباراتي ان الجرعة من العلاجات -- وبالأخص المسهلات -- يقل فعلها احياناً بنسبة كبير كميها ، حتى ان بعض العلاجات قد تحسر مزيتها بتكبير الجرعة ، وقد تنقلب احياناً سماً وذلك بتراكم جوهرها الفعال في البدن .

فلو اخذت ايها القارى خمسة عشر درهماً من الملح الانكليزي اي كبريتات المايزيا جرعة واحدة ، في حين ان الآخر اخذ منه سبعة دراهم مجزأة ومكررة بدفع متتابعة ، لاستطلقت باطلته قلبك وشعر براحة لم تنلها انت ، والافيد من كل ذلك ان امعله تكون تنقت من غير ضرر ، مع انك انت تكون عرضت بطانة اجوافك الداخلية لتنظيف عيف اشد مما هو

(١) التاليك : عملة عثمانية قديمة كانت تعادل تقريباً سنتاً واحداً اميركياً ، وزيت الحروع وبعض العلاجات كانت تباع عند البقالين كأنها من المواد التي يجوز لكل احد الاتجار بها في ذلك الوقت وكانت توزن في الميزان الاعتيادي كالبطاطا والاعار .

لازم، وذلك قد يؤثر تأثيراً سيئاً في كيانها، مما لا مجال للبحث فيه مطولاً في هاته المجالة الآن .

ومن انكى الامور ان الشخص الواحد لو وصفنا له ترتيباً علاجياً واستفاد منه طفق يستعمله في كل نادٍ واجتماع، ونفح به كل من عرف فيه مرضاً يشابه مرضه، والمثل في هذه الاحوال توضح اكثر من كل شيء: كنت وصفت مرة لشخص يبروه ألم في معدته فاشىء عن زيادة افرازها الحامض ترتيباً قلوياً، وقد نال فائدة جبرى من استعماله، فصار حضرته بدوره يوزعه على كل شخص من معارفه يشكو ألماً في معدته او امعائه او كبده . وكثيرون يبطون نسخة الوصفة التي اعطيناها لتسكين السعال الحصوصي لكل شخص يسعل او يشكو ضيقاً في صدره، ولا يكتفون بذلك فقط بل تراهم يحولون فكره عن استشارة الطبيب القانوني الممارس واذا كر اني كنت اعالج شخصاً مصاباً بقروح القرنية وكنت استعمل له القطرات المسكنة للألم، فيوماً ما أتاني بكاري عادته في الصباح، يدانه كان يتلس الجدران مصطحباً معه احد اصحابه . ولما استوضحته الامر قال لي بان جاره المطوف نفحه بقطرة طالما كان استفاد منها هو وآل يته فحكت فوراً ان في القطرة المذكورة مادة معدنية وقد رسب شيء من هذه المادة في القروح الموجودة في قرنيته وأثارت فيها آلاماً شديدة، ولم يسترح المسكين من وعكته هذه الا بعد معالجه شهوراً، وتكرار الاستعفاء فهمت ان جاره كان اصطلح على تركيب تلك القطرة درهم كبريتات التوتيا في اربعين درهما من الماء اي عبارة من عيار شديد جداً

للالة القرنية المتقرحة

وأعرب من كل ذلك ان بهضاً ممن يدعون المرفقة يذهبون الى ان السر
بالعلاج كيفما صار استعماله ، حتى انني عرفت كثيرين في سورية كانوا
يبتاعون قلماً من كبريات النحاس ويمسسون به جفون ذويهم ، وقد فاتهم
ان في ذلك خطراً عظيماً على حياة العين .

وبهذه المناسبة اتذكر انني كنت اعالج امرأة لرمد حبيبي مزمن بكي
باطن جفنها بقلم كبريات النحاس بعد تحذير عينيها بالكوكاكين . وقد كان
عندي في محل عيادتي خادم من طبعه تقليد كل شيء كالسعدان . فيوماً ما
اتت تلك المرأة المذكورة وحالة عينيها بالويل والثبور ، فانكرت عليها ذلك
وقلت لها : يا هذه ماذا جرى ببنيك وقد كاتنا اول البارحة على طريق
الشفاء ؟ فاجابني بانها حضرت البارحة مساء الى محل عيادتي ، واذا استبطأت
بحيبي كلفت خادمي بحك جفنها بالقلم النحاسي ، فيظهر انه اخذ القلم وفتح
كل عين وطفق ينمخزها بنمخزات متوالية في القرنية ، فحصل لها ما حصل من
التهيج الشديد

رى فاني الاثنين أجهل ؟ المرأة ام الخادم البليد ؟ . . لا جرم ان الحق
الاكبر يقع على تلك الجاهلة التي استسلمت لمن هو أبلد منها بدرجات .

.....

في سورية ولبنان كنا نرى كثيرين من الجهال - مغاربة ووطنين -
يتخذون بيع ملابس الدود صناعة يتاشون منها . فتراهم في الاسواق
والساحات العمومية ينادون على بضاعتهم بدون خوف ولا استحياء . فتشتري

الام لبنها مقداراً من هذا الملبس وتناولهم منه بدون عيار ولا قاعدة . فقد يتفق احياناً وجود مقدار كبير من العلاج متراكماً في قطعة واحدة وذلك مايسبب اضراراً كثيرة لتناوله اقلها زحير والتهاب في المثانة والكليتين ، وقد وقع تحت مشاهدتي كثير من هذه الحوادث .

....

قلنا : افليس غريباً ان يُرَغَّب عن استشارة الطبيب القانوني العارف بتأثير العلاجات في كل جزء من الجسم ويعتمد على متطبب دعي جاهل لا يفرق الكعوك من البوع ؟

أجل ان ذلك لغريب عجيب ، ولكن الاغرب من ذلك ان ترى اولياء الامر يرون ويسمعون اولئك الباعة الجهلة ينادون بمثل ما شداقهم في بيع العقاقير وينضون الطرف ، اما تهاوناً بوظيفتهم او شفقة علي ذاك البائع من قطع رزقه ولا نكير ان كلا الامرين لا يبررهما وجدان سليم ولا عقل راجع . وأعجب من كل ذلك اننا كنا نرى الحكومة في حمص تشدد التكير على كل طبيب قانوني وتوجب عليه اما ان يعبدل عن التطيب او ان يستخدم في محل عيادته صيدلياً قانونياً على حسابه لصرف الوصفات للمرضى ، مع انه لم تكن في ذلك الوقت صيدليات قانونية عامة في حمص وفي كثير من المدن كحماه وخلافها .

....

قلت شعري اما كان الاخرى بالحكومة السير علي موجب القانون

الطبيعي المقول الذي يسته العقل الراجح ، وتشرع أولاً بمنع الجبلۃ
التاجرین بأرواح العباد ، ثم تعود تلتفت بعد ذلك الى حمل الاطباء على الاعتماد
على صیادلة قانونیین في تركيب الوصفات ؟

فلماذا اذاً كانت تخالف التاموس الطبيعي المنطقي ؟ وما اشبهها بمعلها هذا
بمن يفكر بسقف البناء وتبليطه قبل اشادة الجدران

ولا یخطر " على بال القاریء المزیز ان مثل هذا الشذوذ لا یحصل
في البلاد الراقية ، کلاً بل قد یُشاهد هنا أحياناً أكثر واعظم مما كان یُشاهد
في سورية والصین من ضروب الجبل والشموعة فأتانا نعرف دجالاً حمصياً
یداوي کل مریض یستشیره بالتبخیر بالزئبق ، وقد لبث یتادی فی غیه وضلاله
في مدينة " دست " ما یربو على خمس وعشرين سنة ، وقد قتل قهراً عدیده
وشوّه اجسام الکثیرین ، وسلب اموالاً طائلة من البسطاء والسذج ، وقد
سُجن عدة مرار وهو لا ینفک حتی الساعة دائماً فی خطئه الدنیة هذه من
التدجیل والخذاع ، ومنذ مدة قصيرة أَمَات شخصاً نجمله ، وقد ثبت جلياً
للفاحص الرسمى الحصیف ان الملاج الزئبقی کان سبب الوفاة ، واذ علم دجالنا
الاحتال بهذا الامر فرّ من هاتیک الولاية ، وطلق یطوف من بلدةٍ الى أخرى
یشر خزعلاته ، ونصب شباک دجله وأضاليله . ویظهر ان الولاية التي
جرت فیها الحادثة اکفّت بان فارقها ذلك الدجال غیر مأسوف علیه ، ذلك
لان شرائع الولايات المتحدة کثیرة التمدد والأعماظ بحسب مشیئة طائفة
الحامین ، ولا ریب ان ذلك یشجع العصوص والاشرار على التادی بنواياهم
واطّراد اعمال الشر المغایرة لكل شریفة ومنطق . ولهذا الدجال سمسرة

عديدون منهم كنهة وقُسُس ووعظاظ ومحامون لانه يصدق عليهم اموالاً قد
 ابتزها بسهولة على طريق النصب والحداع والاحتيال ، تقول : وكل هذا
 يجري ويحدث تحت سماء بلاد تمد من ارقى بلاد العالم حكومة وعلماً وعمراناً
 اللهمنا الله الصبر الجليل . هذا ويطول بنا الشرح لو حاولنا التبسط كما نرغب
 في هذا الموضوع ، يد ائنا نجتزئ ، بما ذكر عمالم يذكر ، ونختتم مقالنا بخفض
 القراء الكرام على الاعتماد على ابن المصلحة في كل امر يحتاجون اليه ، اذ لا يمكن
 الاستعاضة بالتجار عن الساعاتي ، ولا الالتجاء الى الحائث لتفصيل الثياب ،
 بل على المرء ان يعطي خبزه للغباز وثوبه للخياط لان ابن الصناعة اخبر بها
 من سواه .



المحويّنات في الكيمياء الحيوية

٥

للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

وأما الوحدة الدولية فهي أصغر كثيراً من الوحدة الغريزية وهي كمية ثابتة من المعيار الدولي ، هي وزن معين حددته لجنة مؤتمر لندن سنة ١٩٣١ موقفاً كما يلي :

(١) الوحدة الدولية للجوين C ، توافق فعالية ضد الحفر لـ ٠.٠١ سم^٣ من العصارة الطازجة لليمون الاعتيادي (citrus limonum) المزالة ليمونيتها .

(٢) وحدة الجوين B1 توافق فعالية ضد المصاب لـ ١٠ ملغ من مادة الاستجذاب المياري للجوين B1 .

(٣) وحدة الجوين A توافق فعالية حيوية لـ ٠.٠٠٠١ من الملق من الكاروتين المياري .

(٤) وحدة الجوين D توافق فعالية ضد الحرق لـ ١ ملغ من المحلول المياري للأرغوستيرون المعروض للإشعاع أي ٠.٠٠٠٠١ من الملق من الأرغوستيرون المشع المستعمل لتبيته هذا المحلول .

أما الاغذية الاصطناعية المستعملة لمبار كل من هذه المحويّنات على الطريقة الحيوية فنذكرها فيما يلي :

١ - الحيوين ضد الحفر C

حيوان التجربة: السمورات (كهول او احداث) .

المرتب الغذائي المولد للحفر (وضع مدام راندوان) :

٨٣,٥	دقيق الفاصوليا البيضاء
٣	خيرة الجسة الجافة
٥,٥	دسم الزبد المعنى
١	كلور الصوديوم
٥	لبات الكلسيوم
٢	طعام غفل (ودق ترشيح)

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين C :

تورم المفاصل ، هزال ، تزلزل الأستنان ، نزوف وخيمة .
موت في نهاية الاسبوع الرابع .

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل .

المرتب الغذائي المولد للحفر مضافاً اليه ٢ — ٣ سم من الصارة الطازجة الليمون لكل حيوان يومياً .

٢ - الحيوين ضد المصاب B1

حيوان التجربة : حمام (كهول) .

المرتب الغذائي المولد لالتهاب الاعصاب الكثيرة (وضع مدام راندوان

وهنري سيمونه) :

٦	جبنين معنى
٥	ليفين معنى
٥	آجين البيض المعنى
٤	دسم الزبدة المعنى

٦٦	نشوين (د كسترن) معنى اشقر اللون
٤	مزيج ملحي (اسبورن ومندهل (*)
٨	طعام غفل { آغار آغار
٢	{ ورق ترشيح

الاعراض الوصفية لفقدان الحيوين B¹ :

اضطرابات عصبية : فليج خفيف ، فليج شديد ، انخفاض الحرارة المركزية .
موت في نهاية الاسبوع الثالث (بهذا المرتب الذي تطعم الحمام منه جيواً)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب الغذائي المولد لالتهاب الاعصاب الكثيرة مضافاً اليه ٠.٠٠٧ غرام من محصول
استجذاب الحيوين B¹ (البيار الدولي) او ٠.٠١٠ - ٠.٢٠ غ من خلاصة الجمة لكل
حيوان يومياً .

٣ - الحيوين المنبه للتغذي B² ، والحيوين المنبه للتغذية B³

حيوان التجربة : جرذان في حالة النماء .

المرتب الغذائي الحالي من الحيوين B² والحيوين B³ (وضع مدام
راندوان ولوكوك) :

٦	جنين معنى
٦	ليفين معنى
٦	آجين البيض (معنى)
١٠	دسم الزبدة (معنى)
٦٨	نشوين (د كسترن) معنى
٤	مزيج ملحي (اسبورن ومندهل)
بحسب الارادة	طعام غفل

(*) مر ذكر هذا المزيج وتركيبه في الفصل الثاني .

تراب القصارين الفعال (مستجذب الحيويين B }
 ضد الصاب فقط لكل حيوان يومياً) ١٠٠٠

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيويين B2 والحيويين B3 :

قه ، وقف النمو ، عدم التغذية ، نقصان الوزن ، دهب .

موت في نهاية ٦ — ١٢ اسبوعاً (بحسب وزن الحيوانات في اول التجربة)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المذكور اعلاه مضافاً اليه ٠٠١٠ — ٠٠٢٠ غرام من خلاصة خميرة الجعة
 (عوضاً عن تراب القصارين الفعال) لكل حيوان يومياً .

وقد ايد دروموند وحسن (*) فائدة خميرة الجعة المروضة بالبيئة القلوية

لحرارة الصاد الموصد ، في تنشيط نمو الجرذ . ويستعمل لتكثير خلايا خميرة

الجعة مستنبت فاجلي (Nagelli) الاصطناعي ويتألف من :

سكر اعتيادي (مصفى بالتبلير المكرر في القول) ١٠ غرام

— ١ ازوتات النشادر

— ٠٠٠٥ فصات الكلسيوم

— ٠٠٥٠ فصات مضاعف البوتاسيوم

— ٠٠٢٥ كبريتات المانيزا

ماء مقطر م . ك . لاجل ١٠٠ سم ٣

٢ — الحيويين الذواب في الدم الحامض بالنمو (A)

حيوان التجربة : جرذان في حالة النمو بوزن ٣٠ — ٤٠ غراماً .

المرتب الغذائي الحالي من الحيويين A (وضع مدام راندوان وسيبونه) :

(*) A.Hassan et J . C. Drummond.- Biochim. journ. 1927 ,

١٧	مضمون الضلالت
٣,٥	خبرة الجمة الجافة
٦٣/٥	نشون
١٢	زيت فستق العبيد (مضول ومسخن) على حرارة + (١٢٠)
٤	مزيج ملحي

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوان A :

وقف النمو في نهاية ٣٠ — ٥٠ يوماً ، نقصان الوزن ، دهن ، تصلب قرنية العين ، التهاب العين المقيح .

موت في نهاية ٦٠ — ١٠٠ يوم (بحسب اوزان الحيوانات في الأول)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المذكور اعلاه مضافاً اليه ٠٠٠٠٤ من الملح من السكر ومن النقي (البياردولي)
او فطرة واحدة من زيت كبد الحوت .

D - الحيوان ضد الخرع

حيوان التجربة : جردان في حالة النمو (بوزن ٣٠ — ٤٠ غراماً) .

مرتب غذائي مولد للخرع (وضع مدام راندوان ولوكوك) :

١٧	مضمون الضل
٣	مسحوق خبرة الجمة الجافة
٥	دسم الزبدة المصفى
٥	زيت الزيتون
٦٥	سكر اصطناعي

مزيج ملحي خاص (٨٤ %) ٤
 لبنات الكليوم ١
 طعام غفل (ورق ترشيع) بحسب الارادة
 مقدار الفسفور = ٠٠١٣٤ مقدار الكليوم = ٠٠٤٦٦ نسبة الفسفور الى
 الكليوم ٠٠٢٨٧

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين D :

في نهاية ٩ - ١٠ ايام : تورم المفاصل ، نقصان وزن الهيكل العظمي (فقدان الكلس
 العظمي) ، تسطح القفص الصدري .

وفي التصوير الاشعاعي يشاهد : ١ - توسع طبيعي في ناحية النمو الضروري واضح جداً
 خصوصاً في سطح المفصل الفخذى القعبي الركبي ٢ - تأخر في نمو الفقرة المصصية .

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب الغذائي المولد للخروج مضافاً اليه ٠٠٠٠٠٥ من الملح من الارغوستيول المروض
 للاشعاع ، محلولاً في الزيت (اليار الدولي) وقطرة او قطريتان من زيت كبدة الحوت .

٦ - الحيوين العامل في التناسل E :

حيوان التجربة : : ازواج من الجرذان الاحداث .

المرتب الغذائي الاصطناعي الحثالي من الحيوين E (وضع
 أوانس وبور) :

(*) هذا المزيج الملحي يتألف من :

٠٠١٠	ليمونات الحديد	٠,٨٥٠	كلور البوتاسيوم
٠,٠٠٠٠٢	يود البوتاسيوم	٠,٨٥٠	فحات الصوديوم
٠٠٠٠٠٧٨	كبريتات التنغيز	٠,٢٨٦	فحات المانيزيوم
٠٠٠٠٢٤٠	فلوور الصوديوم	٢,٠٠٠	لبنات الكليوم
٠,٠٠٠٢٤	$(SO^4)AlK$		

١٨	جبن مصفى
٢٢	شحم خنزير
٥٤	نشا الحنطة
٤	مزيج ملحي رقم ١٨٥ (*)
	زيت كبد الحوت (ورق ترشيع)
	بحسب الارادة
٠٠٥٠ — ٠٠٧٠	خميرة الجعة الجافة (لكل حيوان يومياً)

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوان E :

في الذكور (الموضوع مع الاناث الولود) عقم لوقوف تكون الحيوانات التوية .

في الاناث (الموضوعات مع الذكور المستعدة للتلقيح) عقم لاضطراب اعتداء المشيمة ، وموت الاجنة وارتشافها .

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المولد للعقم مضافاً اليه قطرتان من زيت الحنطة الناشطة لكل حيوان يومياً .



(*) يتألف هذا المزيج الملحي مما يلي :

٠٠٩٥٤	فصاف مضاعف البوتاسيوم	٠٠١٧٣	كلور الصوديوم
٠٠٥٤٠	فصاف الكلسيوم	٠٠٢٦٦	كبريتات المانيزا اللامائية
١٠٣٠٠	لبنات الكلسيوم		فصاف وحيد الصوديوم (ذات
٠٠١١٨	ليمونات الحديد	٠٠٣٤٧	ذرة ماء)

الفصل الرابع

في الاغذية التي لا تحتوي على الحيويين والاعذية التي تحتوي عليه

نذكر الاغذية الرئيسة التي لا تحتوي على الحيويينات البتة او تحتوي منه على مقدار ضئيل جداً لأن لمعرفة ذلك شأنًا وفائدة من حيث التجارب الحيويية اذ يمكن وضع مرتب غذائي طبيعي خالٍ من الحيويين اذا تعذر استعمال مرتب غذائي اصطناعي ، ومن حيث فن الصحة اذ يمكن اكمال ما ينقص الطعام اليومي من الحيويينات المطلوب ادخالها فيه لاتخاذ مرتب غذائي موافق للعرض .

١ - المواد التي لا تحتوي مطلقاً على شيء من الحيويين :

اي الحيويين ضد الحفر

نشأ الحنطة ، نشأ البطاطا

حبوب غير ناشطة

دقيق مصفى او غير مصفى

خبيرة الجبة

خلاصة اللحم

بيض (آح وع)

دسم وزيوت نباتية وحيوانية

٢ - المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين B او تحتوي منه

على مقدار ضئيل اي الحيوين ضد التهاب المصب
والعامل في التغذية وتغذية الخلية

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

دقيق الحنطة الابيض ، دقيق مصفى

خلاصة اللحم

آح البيض

دم وزيوت نباتية وحيوانية

٣ - المواد التي لا تحتوي مطلقاً على شيء من الحيوين P

اي ضد مرض الفاقة (بلاغر)

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

حبوب القدة المصرية

دم وزيوت نباتية وحيوانية

٤ - المواد التي لا تحتوي على شيء مطلقاً من الحيوين A

او تحتوي منه على مقدار ضئيل

اي الحيوين العامل في النمو بالحاسة

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

خبيرة الجمدة

خلاصة اللحم

شحم الخنزير وزيوت نباتية مصفاة

٥ - المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين D او تحتوي منه على مقدار ضئيل اي الحيوين ضد الحرع

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

اوراق نباتية ذائبة

نباتات غير ممرضة للشمس

عصير البرتقال ، عصير الليمون الح

ملعوف ، جزر ، لفت الح

خيرة الجبة

زيت نباتية

٦ المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين E

اي الحيوين العامل في التناسل

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

خيرة الجبة

شمع الخنزير

زيت كبدة الحوت

اما الاغذية التي تحتوي على الحيوين فندرجها في الجداول الآتية :

المواد التي تحتوي على الحيوين الذواب في الماء C

اي الحيوين ضد الحفر

الملفوف	الفلفل التماوي (paprika)
البندورة	الليمون
الصدف (hulle)	البرتقال

الجزر الحديث	الجل
الفاصوليا الخضراء	الحس
الراوند	الثفت السويدي (rutabaga)
البطاطا	الحص الطري (الاخضر)
الثفت	الاسفناخ
التفاح	القنيط
الجازريك	العنب
عصير اللحم النيء	الموز
البين (مصال اللبن)	الشوندر

٢

المواد التي تحتوي على الحيوان الذواب في الماء B اي الحيوان

ضد الصاب والماء في التغذية ونمو الحلية

القنيط	خبرة الحمة الجافة
الجل	خبرة الحمة الطرية
الكستنا	نبت الحبوب
القطور	المدس
الكلى	ع البيض
الفاصوليا الخضراء	الكبد
الحص الاخضر والبابس	التفاح
التفاح	الملفوف
الهلون	الجزر
الكرفس	الاسفناخ

اللوز	الشونند
الجوز	الحرشف (انكتار)
الجاتريك	البطاطا
الغلب	خبز تام
الموز	الفاصوليا
الحس	البين المكثف المحلى بالسكر
اللث	البين المجفف
اللعجل	البين (معسل البين)
عصير اللحم النقي	خلاصة الشعير الناشط (مالت)
اللحم العضلي	الليمون
التيبيذ	البرتقال
الصفد (؟)	الطماطم

٣

المواد التي تحتوي على الجيوبين P الذواب في الماء أي ضد مرض الفاقة

عصير اللحم النقي	خيرة الجمة الجافة
كبدة الخنزير	خيرة الجمة الطرية
سمك الصمون (Saumon)	نبت الحنطة
خبز تام	مح البيض
عدس	لين مكثف ذو سكر
فاصولياء	لين مجفف
جزر	لين (معسل البين)
نخاع	لحم عصلي

برتقال	بطاطا
تفاح	ملفوف
عنب	اسفانخ
نبيذ	بصل
موز	لفت
طماطم	لوز
	ليمون

٤

المواد التي تحتوي على الحيويين A الذواب في الدم . اي العامل في النمو

بن مكثف ذو سكر	زيت كبد الحوت
جينة دسمة	زبدة
لحم دسم (مدخن)	قشدة
نبت الحبوبيات	مح البيض
كبد	جزر
صدف	ملفوف
طماطم	برتقال
اسفانخ	دسم البقر
فلود	زيت الاسماك
قنبيط	سمك المارانتج
حس	نخاع
ليمون	قلب
محبز قاي	كلبي
حس اخضر	لين ملازج (قشدة)

شوند	لوز
حرشف (انكنار)	جوز
عدس	موز
فاسولياء	يقطين

٥

المواد التي تحتوي على الجيوب D الذواب في الدسم اي ضد الحرع

زيت كبد الحوت	زبدة الصيف (من لبن البقر التي ترعى الحشيش صيفاً)
سمك المارافخ	زبدة جوز الهند
سمك الساردين	سمك البيض
سمك الصمون	لبن الصيف (من لبن الابقار التي ترعى الحشيش صيفاً)
كبد الهادوك (Haddock)	صدف (٩)
كبد المرو (merlu)	
كبد الدجاج	

٦

المواد التي تحتوي على الجيوب E الذواب في الدسم العامل في التناسل

نبت الحنطة	قي الصيد
نبت القدة	زيت الزيتون
ورق الحس	زيت الجوز
بزر الحس	زبدة
عسل البقر	خبز تام (مع نبت الجيوب)
كبد البقر	(للبحث صلة)

كتب حديثة

علم الامراض الباطنة

الجزء الثالث

امراض جهاز التنفس

ان هذا الجزء كسابقيه الجزء الباحث في الامراض العصبية والجزء الباحث في الامراض الانتانية مجلد ضخم يحتوي على ٩٧٠ صفحة وعلى ٨٥ شكلاً . ختمه مؤلفه بفهرسين احدهما للابحاث والآخر المواد التي وردت فيه لتسهيل مراجعة ما يراد الرجوع اليه . وقد اثبت في آخر الكتاب ما جله ذكره في المتن والذيل من المصطلحات العلمية بمجمين احدهما من العربية الى الفرنسية والثاني من الفرنسية الى العربية .

لغة هذا الجزء . عربية صحيحة قريبة المأخذ سهلة الفهم

مصطلحاته : اقتبسها المؤلف من كتب اطباء العرب ومما وضعه بعض اساتيد المعهد الطبي ومما اصطلمه المؤلف نفسه او عربيه وقد اعتمد في انتقاء الكلمات على كتب اللغة كالمختص واللسان وققه اللغة وغير ذلك من كتب اللغة العربية وتوخى الالفاظ الدارجة الصحيحة التي لا يمتحها السمع وعرب الكلمات الفرنسية التي لم يجد لها ما يرادفها واعتمد في كثير من المواطن على الكلمات التي اقراها مجمع اللغة الملكي .

طبع الكتاب ومظهره : طبع الكتاب على ورق صقيل وقد اعتنى المؤلف في هذه الناحية شأنه في مادة الكتاب العلمية فاخرجه بحلة قشبية .

ماأخذه : استقى المؤلف أبحاثه من منابع شتى وقد اعتمد على أحدث ما طبع من الكتب وما ذكر في الصحف سواء اكان ذلك في صدد الامراض ام المداواة و اضاف الى ذلك اختياراته العديدة . وقد اردف كل باب من ابواب هذا الجزء بصفحة خاصة بالمصادر من عربية وفرنسية .

وفي الجملة ان محاسن هذا الكتاب كثيرة لسنأ نستطيع في هذا التقرير ذكر جميعها واذا كان لنا ما نقوله في هذا الصدد فهو ان تضاف الى محاسن الكتاب العديدة حسنة اخرى وهي ذكر كلمة موجزة عن تاريخ المرض والتوسع فيما قاله اطباء العرب مما يتناسب والآراء الخاضرة خاصة وان مؤلف الكتاب استاذ في المعهد الطبي العربي وعربي صميم يمار على هذه الناحية كما ان الكتاب مفصل وقد جرت العادة في الكتب المفصلة ان تذكر كلمة عن تاريخ المرض وعن بحث عنه ونحن احوج ما يكون الى التذكير بثقافتنا العربية في كل سائحة

هذا وسفوة القول ان كتاب الاستاذ سبح درة نقيصة وجوهرة ثمينة في الحزاة العربية ترى في أبحاثه امانة النقل والاخلاص في العمل والاختبار الشخصي ويبدو لك كيف قلبته آثار قلم يغذيه عالم واسع العلم وثأب الى البحث والاختبار فعال لما يقول وما الكتاب المذكور الا مرآة لما تحلى به مؤلفه من الصفات السامية وفقه الله واخذ يده

شوكت موفق الشطي

كتاب السل

تأليف الدكتور بشير السطه

هو كتاب نفيس يقع في ١٠٤ صفحات من القطع الصغير بحث فيه مؤلفه عن عدد ضحايا السل في سورية وعن خطر هذا الداء ويبين ان عدد المقيدين العاجزين بسببه يزيد عن ٤٠٠٠٠٠ شخص وان مناهضة المرض لا يجوز ان تقتصر على الاطباء بل ان يشترك فيها كل فرد من افراد الامة .

وقد ذكر فيه ان وسائل الطب الحاضرة الممدة لمكافحة الداء كفيّة بالشفاء وان الآراء الحديثة والطرق الجديدة في مداواة هذا المرض الويل مؤيدة لما ذكره اطباء العرب فقد وصف ابن سينا في الربع الاول من القرن الرابع الهجري مرض السل وقال عنه انه قرحة في الرئة وان كل قرحة تحتاج في شفاؤها الى السكون ،

وهذا ما سعى اليه علماء العرب وما حققوه فقد جاء فولانيني وبحث في هذا الداء فبين له من اختبارات المديدة صحة رأي حكيم العرب فأوجد طريقة المعالجة بالريح الصدرية التي توفر للرئة بعض السكون فترتاح وتبدأ قروحها بالانشفاء .

وقد كتب المؤلف كتابه بلغة صحيحة وبأسلوب طلي يستطيع فهم ما جاء فيه كل مطالع وابتعد فيه عن الابحاث العلمية الخاصة التي يصعب فهمها على من لم يكن من ابناء ابقراط .

ولسنا نشك في ان هذا الكتاب الذي سيلقي من الرواج ما يستحقه لما اشتمل عليه من ابحاث قيمة والذي اقبل الكثيرون على اقتنائه ومطالعة

بلهف سيكون خير مرشد لهم اذا ما اتبعوا النصائح الواردة فيه ومتى تم ذلك
تحققت لزميلنا النشيط والسري البارع رغبته في انتشار بعض اساليب الكفاح
ضد المرض وكانت له اليد الطولى في اتقاص عدد الاصابات به ورفع المستوى
الصحي في البلاد ونشر الثقافة الصحية بين ابناء البلاد . وانا تقدم لزميلنا
الناهض شكرا على هديته الثمينة واخلص تهانينا على توفيقه بعمله آملين
ان يكثر من امثاله بيننا والسلام .

شوكت موفق الشطي



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لثاني القعدة سنة ١٣٥٦ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلاثا ٩ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧

١ — الطبيب رابو ، تناذر ارب ووفرة مصادفته في عرب الشرق الادنى :
ان الداء الافرنجي الذي اشتهر عنه منذ ابحاث لاكابر انه مولع بالجلد في
سكان شمالي افريقية هو في الوقت نفسه مولع بالجهاز العصبي والجلد معاً في
عرب الشرق الادنى . اصف الى ذلك انه يظهر فيهم بظواهرات نخاعية
ولا سيما بمظهر تناذر ارب مؤذياً للجهاز الهرمي ومشابهاً باستقراره هذا
داء الجلبان (latyrisme)

الناقشة : سوليه ، رابو

٢ — الطبيب اسد الحكيم ، حوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى
ابن سينا ان حوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن سينا في سياق
السنوات العشر الاخيرة (١٩٢٨ - ١٩٣٧) تعادل ٨٪ من مجموع

المرضى الذين دخلوا ذلك المستشفى . ويظهر ان جميع المصابين بهذا الداء كانوا من الرجال ومن مدمني الكحول بيد ان النساء اللواتي لا يشربن الاشربة الروحية كن في حوز امين منه فان الكحول يمد اليثة الملائمة للداء الافرنجي الدماغى . ولم تفد المعالجة بالبرداء في اولئك المرضى لانهم من البردائين القدماء ولان في دماهم بعض المناعة عليها .

الناقشة : ترابو ، سوليه ، حكيم ، مريدن

٣ — العلم لا كومب ، حادثة بري بري : هي حادثة بري بري نموذجية في احد الجنود متصفة بالوذمة وضعف المنعكسات في الطرفين السفليين ، وقد تحسنت تحسناً عظيماً بالحقنة الموافقة ، والمدرات والحقن بالحيوين ب^١ (يفاتين)

الناقشة : ترابو ، لا كومب ، حكيم ، سوليه

٤ — عبد الفنى المحمدي ، الداء الافرنجي وتقل الدم : مريض مصاب بالداء الافرنجي عولج ببعض الحقن الدوائية ريثما زالت التفاعلات الحيوية مؤقتاً من دمه مع انه ظل بسبب نقص المعالجة عرضة لتظاهرات الداء الثانوية والثلاثية وقد استخدم كمطر فنقل دمه لبعض المرضى ، فتحليل الدم واجب في المعطين ومعاينتهم السريرية ضرورية ايضاً كل ثلاثة اشهر والاقل الداء الافرنجي مع الدم ولم يكن سبيل الى اتقاء هذه التلغعات به .

الناقشة : سوليه

١- تناذر آرب ووفرة مصادفته

في عرب الشرق الادنى

للعلیم ترايو الاستاذ في المعهد الطبي العربي

ترجمة العلیم میثل داود

تعلمون يا سادة ان في عرب افريقية الشمالية بعض المناعة على استقرار البداء الافرنجي في المحور المصبي الدماغي . وقد وضع العالم لاكابر مؤلفاً ضخماً أثبت فيه صحة هذه الفكرة . . . فرب الجزائر وتونس ومراكش بحسب رأيه تبدو فيهم تظاهرات الافرنجي الجلدية والمخاطية حتى العظمية ايضاً ولا تبدو التظاهرات العصبية فيهم .

اما الحالة في الشرق الادنى فليست كذلك . فقد قيض لكل منكم مثلي ان يرى في عيادته الخاصة جوادث السهام (lancets) والشلل العام حتى ان زميلنا العلیم انعمد الحكيم قد صادف : على ما اظن ، في مستشفى ابن سينا اكثر من مرة تناذرات عصبية اخرى سببها الافرنجي . والموضوع الذي اعالجه الآن هو وفرة مصادفة تناذر ادب الافرنجي في سكان هذه الانحاء . . . ويحسب لي قبل الخوض في هذا البحث ان اذكر بإيجاز أبرز الاعراض التي يتصف بها هذا التناذر — فهو شلل شقي سفلي نخاعي ذو منشأ افرنجي وتكامل بظنيه سبقه . ان لم يسبقه دور متقدم متصف بالمرج المتقطع النخاعي ويسبق الشلل والتقطع اللذان يستقران مبكراً في الطرفين السفليين ويزدادان

ازدياداً تدريجياً هذا الدور البدني .

يصاب المريض في بدء مرضه بتيبس في عضلات اطرافه وتزداد هذه اليوسة حتى انها تمنع المريض عن دفع قدميه عن الارض بلا صعوبة وتصعب المشية التشنجية هذه اليوسة فيكون المرض قد اتم سيره . وتزداد المنعكسات الوترية العظمية جميعها . اصف الى ذلك ظهور علامة بابنسكي والارتجاجات نظيرة الصرع .

اما الحس فسلم . ويضعف الانتماظ او يزول ؛ ولا اثر للضمور العضلي ويحتفظ الطرفان السفليان بشكلهما الطبيعي . والطرفان العلويان والمنقواعصاب التحف تبقى سالمة في الغالب ، ولا اثر لعلامة ارجيل روبرتسون وفي الجملة فان تناذر ارب شلل شقي سفلي تشنجي صرف . تستقر آفاته التشريحية في الحزم الحركية غير متجاوزة بامتدادها القطع العصبية الظهرية الاخيرة .

يشبه هذا المشهد السريري الذي جثنا على ذكر اعراضه اتم الشبه المشهد السريري الناشئ من الجلبان في سورية ، وقد تيسر لي ان درست مع الزميلين العليين مرشد خاطر وشوكة الشطي عدة حوادث منه في ضواحي دمشق .

وحوادث تناذر آرب عديدة حتى انه لا تمر سنة الا ونصادف منه ثلاث مشاهدات او ارباً وندرسها امام طلاب معهدنا الطبي .

ولقد صادفت حادثة منه في ابتداء هذه السنة في قاعة الامراض الباطنة التي لا تشتمل الا على عشرين سريراً فكثرة هذه الحوادث في مرضى

قاعة لا يتجاوز عدد اسرتها العشرين بين لنا ان عدد الاشخاص الافرنجيين
 للمساكين يتناذر ارب لا يستهان به وان الافرنجي المصبي في بلادنا كثير
 الحدوث فهو مرض مولع في الشرق الادنى بالجلد والاعصاب معاً واليكم
 امراً آخر يستحق الانتباه وهو ان الافرنجي هذا المرض العام الذي لا يكاد
 ينجو منه عضو او نسيج او جهاز يكون نارة فوضوياً اي لا يتبع نظاماً
 في استقراراته كما في الشكل التصلبي الضموري المفضي الى الشلل العام
 الذي يصيب الدماغ والسحايا معاً وطوراً نظامياً فينشط سيراً لا يتعداه كما
 في السهام حيث تنحصر آفاته في قرون النخاع الشوكي الخلفية او انه يؤدي
 في بعض الاحيان الحزم الهرمية وحدها دون غيرها. ولعل الامر الغريب
 الغامض فيه تحدد آفاته علواً وانحصارها في القطع المصيبة الاخيرة من
 النخاع الظهري - فكل هذا وأيم الحق مدعاة الى التفكير ومسترع للانظار .
 ويبدو تناذر ارب كما ذكرنا بالمرج المتقطع وهو عرض بدئي يتقدم
 اعراض الداء الاخرى ويظهر بالنسبة الى تسلسل الاعراض ان الآفة البدئية
 وعائية وان موات الحزم المصيبة يعقب هذه الآفة. وليس الدوران في كل من
 الحزم المصيبة مستقلاً كما لا يخفى بل مشتركاً . فينتج من هذا الاشتراك
 ان الاستحالة اذا كانت وعائية المنشأ لا تنحصر في الحزم الهرمية بل تمتد لها
 الى غيرها من حزم النخاع وبين لنا التشریح المجري في تناذر ارب آفات
 تشبه كل الشبه ما يصادف في الالتهابات التصلبية المزمنة ، التي تقضي قضاء
 تدريجياً وبطيئاً على العناصر الشريفة والالياف الثيلة فلا تستطيع الآفة
 الوعائية البدئية والحالة كما ذكرنا ايضاح امراض (pathogénie) تناذر

أرب ولا بد من الاتجاه الى اسباب اخرى لتعليله وايضاحه .
فلا غرابة اذا ما عدت الى المقارنة بين تناذر آرب والانسمام الجلباني .
فاذا كانت الآفة في داء الجلبان تنحصر في القسم السفلي للنخاع الظهرى كما
في تناذر آرب فهذا الاستقرار لا يفرد به العربي وحده . والتعليل الذي
يستند اليه في تعليل استقرار الداء الجلباني يستند اليه ايضاً في تعليل استقرار
الذيفان الافرنجي . ولقد اثارت في الماضي مسألة وقوف الآفات في
الانسمام الجلباني عند حد من النخاع الشوكي لا تتعداه مجادلات طويلة
ونظريات عديدة .

اما اليوم فالتبعات الحديثة اوضحت بعض الايضاح قضية استقرار
السوم وانتخاب كل منها لاعضاء خاصة . وقد بين تأثير الملوثات المختلفة
في الانسجة التراكيب الكيميائية الاساسية المتنوعة واثان الخاصة التي يتصف
بها كل من هذه التراكيب المختلفة بثبت السموم من معدنية ونباتية وذيفانية
كما اثبتت التحاليل الكيميائية من جهة اخرى انتخاب بعض المخدرات ، واخص
بالذكر منها المواد البروتينية ، بعضاً من النواحي الخاصة في الدماغ كالجسم
المخطط وملتقى الدماغ . ونعلم ايضاً ان لحمية (virus) داء المنطقة ولها خاصاً بالجامعة
(neurone) الحسية ويمض القطع الجذرية وان حمة التهاب الدماغ النومي
وحمة التهاب النخاع السنجابي الامامي الحاد في اشكاله غير النموذجية تؤذي
انحاء معينة من العمود السنجابي الامامي للنخاع الشوكي .

كما ان اعمال بورغينيون الشهيرة ابانت ان امر توزع السموم في الجملة
المصبية المحيطية متعلق بسرعة امتصاصها لهاوسرة الامتصاص هذه رأس توزع

هذه السموم. فالسموم المعدنية كالرصاصية تختب الانحاء العصبية البطيئة الامتصاص والذيفان الدفترائي يختار الجمل العصبية المتوسطة الامتصاص وذيفان الكزاز يختار الجمل السريعة الامتصاص وسيجلو فن الكيمياء استقرار سم الجلبان الغريب الذي يستولي على الحزم الحركية من النخاع الشوكي وفي قسمه السفلي فقط .

فكل ما قيل عن السموم وانتخاب كل منها لانحاء خاصة سواء أكان ذلك بتأثير علاقة السموم بتلك الانحاء او وفقاً لنظرية بودغينيون او لبعض التراكم الكيماوية وجذبها بالنسبة الى تركيبها سموماً مختلفة يقال ايضاً عن الذيفان الافرنجي ، هذه الاسباب التي تجعل هذا الذيفان يستقر نادرة على الجبال الخلفية كما في السهام او على جبال النخاع الجانبية كما في تناذر ارب ولا فرق بين ان يكون المصاب من مشارق الارض او مفارها وانما نستطيع القول بان وفرة مصادفة تناذر ارب في العرب المصابين بالداء الافرنجي تابع لتأهب خاص بهم . ويدحض قولنا هذا تلك النظرية القائلة ان العرب هم اقل تعرضاً من غيرهم لاستقرار الافرنجي في جملهم العصبية المركزية والمحيطية ومن جهة اخرى اذا كانت كثرة اصابات الداء الافرنجي في امة مناسبة لدرجة رقيها وتقدمها واذا كانت الجملة العصبية اكثر تعرضاً لاستقرار البريمات فيها كلما ارتقت وتطورت حق لنا ان ننسب الى عرب هذه البلاد ذلك الرقي وتلك المفاخر التي تتباهى بها مدنات العرب .

الناقطة :

العلم سوله : انك تشبه فعل الداء الافرنجي بفعل داء الجلبان (latyrisme) ؟

المعلم ترايو : لا انا تقابل فعلين متحاذيين. فان داء الجلبان كالافرنجي يضرب في تناذر آرب الجهاز الهرمي وحده ويؤدي منه قسمه الواقع تحت الثانية عشرة الظهرية فهذا يتشابه التناذران السريريان اللذان يدعواننا الى بحث هذه المعضلة الامراضية نعتي بها اختيار بعض العوامل السامة او الليفانية لبعض اجهزة من الالياف دون سواها .



حوادث الشلل العام

المشاهدة في مستشفى ابن سينا

للعلیم اسعد الحكيم طیب مستشفى ابن سينا

في شهر تشرين الثاني من سنة ١٩٢٧ نشرت مع الدكتور جود مقالاً في مجلة (الهيجين ماتال) ذكرنا فيه انواع الامراض النفسية الاكثر مشاهدة في دمشق . وبما قلناه اننا لم نشاهد قط الشلل العام في السوريين . غير ان الحوادث التي شاهدها تباعاً غب السنة المذكورة في مستشفى ابن سينا الحديث التأسيس خطأت هذا القول ووضحت ان الاقسة (psychoses) الافرنجية الدماغية التي كان يظن ان سوربة خالية منها لعدم توفر اسبابا اكتشافها ودرسها هي شائعة الوقوع . فقد بلغ عدد المصابين بالشلل العام الذين عولجوا في مستشفى ابن سينا علي ضيق نطاقه وقلة عدد اسرته منذ السنة ١٩٢٨ حتى اليوم ٢٤ مريضاً كلهم رجال من ثلاثمائة رجل دخلوا المستشفى في خلال هذه المدة فتكون نسبة هذا المرض الى سائر الامراض النفسية المشاهدة في مستشفى ابن سينا ١ - ١٣ وهي نسبة غير قليلة . ويدل هذا الاحصاء من جهة اخرى على ان اقسة افرنجية الدماغ تادرة جداً في النساء او انها تكاد تكون مفقودة .

وقد كان تشخيص هذه الحوادث مستنداً الى العلامات السريرية النفسية

والمضوية الى فحوص الدم والمائع الدماغى الشوكى المخبرية
ومما تجدر ملاحظته ان ١٣ من هؤلاء المرضى كانوا في السابق مصابين
بالقرحة الافرنجية وكانوا كحولين و ٣ كانوا كحولين ولم تثبت اصابتهم
بالقرحة الافرنجية واثنين كانا مصابين بالقرحة الافرنجية ولم يكونا
يتعاطيان السكر وستة كانوا لا يتعاطون السكرات ولم تعرف في سوابقهم
الخاصة اصابتهم بالافرنجى

وقد عولج هؤلاء المرضى بطريقة سيزاري وباربه اى بالتوفارسول
الصودي والحلى الصنعية . ولم تلجأ الى المداواة بالملاريا لان قسماً من هؤلاء
المرضى اظهر مناعة عليها على الرغم من تكرار الحقن بالدم البودائى وقسماً
دخل المستشفى منهكاً فلم تسمح حالته بمداواته بالبرداء .

وقد كانت نتيجة المداواة كما يلي :

أ - وفاة بالدنف او السكتة الدماغية ١٢ اى ٥٠٪ وجلمهم في عقب
دخولهم المستشفى بمدة قصيرة لانهم اتوه في الدور الاخير من المرض .

ب - تحسن بدرجة الشفاء التام ٥ وقد عادوا جميعهم الى عملهم السابق
منهم واحد من سنة ١٩٣١ والآخر من سنة ١٩٣٤

ج - تحسن نسبي مع ضعف تقسائي خفيف ٢ وقد زاولوا اعمالاً خلاف
اعمالهم السابقة احدثهم من سنة ١٩٣٤ والآخران من سنة ١٩٣٥

د - استعالة المرض الى عته بسيط ٣ منهم اثنان من سنة ١٩٢٩ وواحد

من سنة ١٩٣٢

هـ - في حال المداواة ١ حديث العهد .

ومما يلاحظ ان نسبة الشفاء مناسبة لشكل المرض السريري وسرعة المعالجة . فالنوع المترافق بهذيان الثروة والمظنة والنشاط النفساني هو اكثر الانواع تأثراً بالمعالجة وادعاها للشفاء .

وقد كان التحسن يظهر على الغالب في نهاية المجموعة الاولى من المعالجة وحياتاً غب مجموعتين . ولم يتمكن المستشفى من عمل اكثر من ثلاث مجموعات لمرضاه لانهم كانوا يصرون على الخروج منه وجهم لم يتعالج بعد خروجه من المستشفى وحاله ما زالت حسنة .

اما التغيرات الخلطية غب المعالجة فبالنظر الى مفادرة المرضى المستشفى فوراً غب تحسن حالتهم النفسية فاتا لم تمكن من تعيينها . وكل ما يمكننا قوله هو ان تحسن الحالة النفسية لا يرافق في بدء المعالجة تحسن حال الدم والمائع النخاعي الشوكي لان الفحوص المخبرية التي اجريناها على بعض مرضانا الذين غادروا المستشفى وقد تحسّنوا تحسناً تاماً وغب مداواة ثلاثة اشهر دلت على استمرار حالة دمهم ومائهم الدماغية الشوكية على ما كانت عليه قبل المعالجة .

الناقشة :

العلم تراو : لا استغرب كون معظم مرضاك من الرجال لان اكثرهم كحوليون والكحول يمدّ البيئة لشلل العام والنساء العريات لا يمتدن في الغالب احتساء المسكرات .

واتني اسألك في صدد المعالجة عما اذا كنت لم برّ انتكاسات عصبية في مرضاك لان مركبات الزرنيخ الحامضية والستوفرسل منها تؤهب المعالين لها

العلم اسعد الحكيم : لم اصادف اقل محذور من استعمال الستوفر سول السوداني
العلم سويله : نقل الي ان الداء الافرنجي متفشٍ تفشياً شديداً في دير
 الزور فهل صادفتهم من تلك الانحاء حادثات عصبية من الداء الافرنجي ؟
العلم الحكيم : ان واحداً فقط من مرضاي كان من دير الزور ويحسن
 ارسال بعثة صحية لهذه الغاية .

العلم مريدن : كيف تستطيع ان تعلم لنا ان حقن مرضاك بدم بردائي
 لم يحدث البرداء فيهم ؟

العلم اسعد الحكيم : ومع ذلك فان الدم الذي حقن به مرضاي كانت فيه
 الحيويينات البردائية كما اثبتت المعاينة قبل كل حقنة .

العلم ترايو : لا عجب اذا خابت المعالجة بالبرداء في هذه الانحاء حيث
 اكثر السكان من البردائين القدماء



٣- حادث بري بري

(عرض المريض)

للطيم لا كومب احد اطباء المستشفى العسكري بدمشق

ترجمها الطيم اسعد الحكيم

ان المريض مامادولامينا ديالو الذي اتشرف بمرئته عليكم هو جندي
عمره ٢١ سنة تقريباً قوي البدن موطنه الاصيل الفينة القرنية ولم يصدق
انه مرض قبل قدومه الى سورية في آب سنة ١٩٣٦
دخل مستشفى للمرة الاولى في ٢٧ كانون الثاني وبقي فيه حتى ٢٠
نيسان ١٩٣٧ مصاباً بتناذر اعراضه توذم الطرفين السفليين وصداع واسراع
ضربات القلب وتفضات مصراعية .

وكانت درجة حرارته حين دخوله ٣٨.١ والنفس ١١٢ والتوتر
الشرياني $14 \frac{1}{4} \times 6$ بقا كز لوبري . وبالاصفاء الى القلب سمع صوت
عدو شديد الوضوح . ويشاهد توذم لين في الطرفين السفليين قديمي
الشكل بمحاء الكمين والرسغ مما يدل على وجود تناذر قلبي كلوي واضح
غير ان عدم وجود الآح في البول وفقدان الانعكاسات الوترية الداغصية
والدابرية (آشيلية) في الطرفين اصف الى ذلك نوع المريض الجنسي دعتنا
الى وضع تشخيص البري ومداواة المريض بالصورة الآتية :

١ - ملازمة القراش

٢ - حذف الارز من طعام المريض. واعطاؤه القوام الخاص بالاوروبيين

٣ - تناول عشر قطرات من محلول الديجيتالين الالفي يومياً من ٢٧

كانون الثاني حتى ٥ شباط ، زيت مكوفر ١٠ سم ٣ وكبريتات السبارتين ٠.٠٤ في المدة نفسها ، ثوبرومين ١٠٥٠ يومياً من ٢٧ الى ٣١ كانون الثاني .

سير المرض : زالت الحمى نهائياً منذ اليوم الثاني . اما منحي النبض فقد كان هبوطه بطيئاً وكان يتراوح منذ الايام الاولى من شهر شباط ما بين ٧٠ و ٩٠ .

ابا التوتر الشرياني الذي كان طبيعياً منذ الدخول $14 \times \frac{1}{4}$. فقد صعد الى 15×8 في ٣ شباط ثم الى 19×11 في ٥ منه ثم الى 21×11 في ٦ منه . مما دعا الى حمية المريض حتى ٩ شباط اذ هبط التوتر الى $14 \times \frac{1}{4}$ وكان التوتر يزداد كلما عاد المريض الى التغذية حتى انه بلغ 22×12 في ٢٤ شباط .

وفي خلال هذه المدة اجريت فحوص مخبرية مختلفة .

وفي ٢٨ شباط كان مقدار البولة في الدم ٠.٤٦ في الالف .

وفي ٢٩ منه لم تظهر تفسرة البول عناصر غير طبيعية فيه الا ترايد قليل في الملاح الصفراوية .

وفي ٥ شباط فحص مصل الدم فجاء

تفاعل هخت ++ مينيكه + شديد

في ٢٥ شباط البولة الدموية ٠.٣٧

وقد اختفت العلامات القلبية منذ اليوم الثامن وكذلك تورم الطرفين السفليين وبلغ البول الذي كانت كميته ٨٠٠ سم ٣ في ٢٤ ساعة حين الدخول ١٥٠٠ سم ٢٢٠٠ سم ٢٥٠٠ سم ٣ في ١٢ شباط .

وهبط وزن المريض من ٩٠ كيلو غراماً و ١٠٠ غرام حين الدخول الى ٨٤,٥٠٠ في شباط ثم الى ٨١,٦٠٠ في ٢١ منه

وفي ١٢ شباط ظهر عدم انتظام في النبض فاعطي الديجيتالين مرة ثانية عشر قطرات من المحلول الالفي في اليوم حتى ٢١ شباط .

في ٥ مارت فحص الدم مجدداً فأبدي النتائج السابقة عنها .

وعلى الرغم من خلو سوابق المريض من الافرنجية اخذنا في ٦ مارت بمصل مجموعة حقن من كيانوس الزئبق (واحد سنتغرام في اليوم لقاية ١٩) ومنذ ٢٢ شباط استمر منحني النبض طبيعياً . اما التوتر الشرياني فقد استمر من ٢٠ مارت حتى ١٥ نيسان $١٦ \frac{1}{2} \times ٨$ ثم عاد طبيعياً في ١٨ نيسان $(١٤ \frac{1}{2} \times ٧)$.

وفي هذا التاريخ كان وزن المريض ٨٤ كغ و ٧٠٠ . والاصغاه الى القلب طبيعياً . وسمع للمريض بالنهوض من فراشه من بدء مارت ولم يظهر التوذم فيه مع ذلك وقد اخذ الانمكاسان الداعصي والدابري بالظهور تدريجياً الى ان اصبحا طبيعيين في ١٨ نيسان . وبالنظر الى هذا التحسن اخرج المريض واعيد لقطمته . غير انه بالنظر الى نتيجة فحص مصل الدم المثبتة وعلى الرغم من خلو المريض من التظاهرات الافرنجية رأينا ان نحيله الى شعبة الامراض الزهرية ليبدى طبيعتها رأيه فيه .

وقد قام هذا الجندي بوظيفته القلبية لمدة ٦ اشهر ولم يشك في سياقها شيئاً . حتى اذا كان ٣٠ تشرين الاول عاد ثانية الى المستشفى مصاباً بأسراع ضربات القلبية وتوذم الطرفين السفليين وذلك من جراء الجهد الجسمي الناتج عن اشتراكه بالحركات العسكرية القلبية .

وكانت حرارته 37.5° والنض 104 . وصوت عدو واضح بالاصفاء الى القلب والتوتر الشرياني $\frac{1}{4} \times 10 \times 4$. والتورم شديد في الطرفين السفليين والوجه ايضاً . والوزن ٩٤ كغ و ٥٠٠ والانعكاسات الداغصية والدابرية محسوسة .

الداواة: حقن وريده بربع ميلغرام او اباثين في عقب دخوله وذلك لشدة العلامات القلبية ونحت جلده بمشرين سم ٣ من الزيت المكوفر و ٠.٠٠٨ من كبريتات السباريتين وفي اليوم الثاني اعطي عشر قطرات من محلول الديجيتالين الالني . وحقن وريده بقرامين صفصات الصودا .

. سير المرض: ظلت حالته ثابتة في الايام الثلاثة الاولى . ومنذ اليوم الرابع استمر النض ما بين ٩٢ و ٩٦ . وتناقص الورم كثيراً . وازدادت كمية البول من ١٠٠٠ و ١٢٠٠ سم ٣ حين الدخول الى ٣٠٠٠ و ٣٥٠٠ وفي ٦ تشرين الثاني كان وزنه المريض ٨٩ كغ و ٥٠٠ غم

حاله الحاضرة: بالاصفاء الى القلب نفخة انقباضية وظيفية على الغالب . اما صوت العدو فقد اختفى .

التوتر الشرياني $16 \times \frac{1}{4} \times 5$. الانعكاسات لم تتبدل حالتها . ويمالج المريض بالفيتامين B1 حقناً في العضلات بمقدار سنتيغرام في اليوم ولنا كبير امل بمشاهدة الاعراض القلبية والمصبية تتراجع في القريب العاجل .

الناقشة :

العلم ترايو : اني جنل بسماع هذه المشاهدة الجديدة عن الداء الرزي (beribéri) لاتي اول من كشفه في سورية فقد نشرت في السنة ١٩٢٣ في ربائد الطب والصيدلة العسكرية امر وباء شديد في بيروت وحلب ودير الزور بين الجنود السنغاليين . وقد لقيت صعوبة كبيرة في بادى الامر لاثبات هذا الوباء لان مثل هذه الحوادث من الداء الرزي لم يصادفها قبلي احد في سورية بين الجنود . غير ان الحقيقة لم تلبث ان اتضحت بعند ان كثرت الامصابات ومات بعض من المصابين موتاً فجائياً وتحسن البعض الآخر بتبديل المرتب النذائي في الفرق المصابة . واتي الت انظار الى هذه القضية الكبيرة الشأن وهي ان المصاب بالداء الرزي يموت بالغشي بعد ان يتسع قلبه الايسر اتساعاً حاداً اذا لم يعالج . ومريض العلم لا كومب اكبر مثال على اثبات هذه الآفة القلبية فان صوت المدو واختلال النظم والنفخة الوظيفية كل هذه علامات مثبتة اقصور القلب وقد كانت افضت الى الموت لو لم يعالج المريض المعالجة الحسنة .

العلم لا كومب : اتنا صادفنا حادثتي موت فجائي في ٢٥ مصاباً بالداء الرزي

العلم اسعد الحكيم : كيف تعمل ايجابية تفاعل واسرمان في هؤلاء المصابين ؟

العلم لا كومب : من المسلم به ان تفاعل الدم ايجابي عادة في المصابين

بالداء الرزي ؟

العلم سولية : أتصلون امراضاً اخرى غير الداء الافرنجي يكون فيها

هذا التفاعل ايجابياً ؟

الطبيب اسعد الحكيم : اذكر منها الجذام وربما سواه ايضاً .

الطبيب ترايو : ان اجراء هذه التفاعلات الحيوية في جميع المصابين بالداء الرزوي امر كبير الفائدة . فلعل تفاعل واسرمان ايجابي في جميعهم او لعل هؤلاء المرضى كانوا مصابين بافرنجي قديم وقد اعد هذا الداء يشة ملائمة فيهم لظهور الداء الرزوي كما انه يعد يشة ملائمة لظهور التهاب الدماغ النومي



الافرنجي ونقل الدم

للعلم عبد النبي المحلجي

طبيب مستشفى ابن زهر

تقدم للجمعية الطبية الجراحية بدمشق حادثة الافرنجي الآتية لتضاف الى نظيراتها من حوادث الافرنجي الثانوي ذات التفاعلات المصلية السلبية ولما لها من الشأن الكبير في حالات نقل الدم وسراية الافرنجي وانتشاره بالطريق الدموي .

مريضنا في العقد الثالث من حياته قوي البدن وزنه خمسة وسبعون كيلوغراماً اعزب خادماً في أحد فنادق دمشق ليس في سوابقه الشخصية ما يستحق الذكر .

استشارنا في مستوصفنا الخاص في اليوم الرابع عشر من آب ١٩٣٢ لاودام تمت حول الشرج منذ شهر تقريباً .

فرأينا حول شرجه ألواحاً مخاطية ضخمة واتباجاً في عقد الارية والواحاً مخاطية لينة على اللوزتين ووردية افرنجية في راحة اليدين فتأكدنا اصابته بالافرنجي وقد نفى اصابته بقرحة بدئية افرنجية منذ شهر او اكثر . كما اتنا لم زائراً دالاً على القرحة في الناحية التناسلية .

ولما اردنا اخذ دمه لفحصه على طريقة واسرمان قال : ان دمه قد فحص

قبل بضعة ايام وان النتيجة كانت سلبية كما هي محردة في الشهادة التي اخذها من احد مختبرات دمشق ولذا لم يتبع المعالجة النوعية وطلب اليانا ان نشرع بالمداواة اللازمة .

فمولج حينئذ بالتوتر ابارسنان (Néotréparsénan) حقناً في الوريد .
فاخذت الاعراض الآتية الذكر تزول من بعد الحقنة الاولى وزالت تماماً
بعد الحقنة الثالثة بدون استعمال اي علاج موضعي مما يحقق اصابته بالافرنجي
وكان مجموع ما حقن به من العلاج المذكور غراماً وعشري الغرام (١٠٢٠)
ثم ترك المداواة حتى غاية الشهر الثامن من سنة ١٩٣٣ اذ راجعنا
في مستوصف ابن زهر لمداواته من الافرنجي .

فراينا ان اذ ذاك مصاباً بالواح مخاطية في الصماغين وقبة الحنك وابتجاج
العقد اللنفاوية . فأجريت له من يوم مراجعته هذه حتى اليوم الثالث عشر
من الشهر التاسع لسنة ١٩٣٤ سلسلتا مداواة بالنوفرسانونبزل
(Novarsénobenzol) بلغ مجموع كل منهما سبعة غرامات واربعة اعشار
الغرام (٧.٤٠) من العلاج المذكور وسلستان من الزيت السنجاوي
(Huile grise)

ثم انقطع عن المداواة واخيراً عاد الى المستوصف في اليوم الخامس
والعشرين من شباط سنة ١٩٣٧ وطلب اليانا ان نتابع المعالجة فراينا
تأكل في قبة الحنك وابتجاجاً في العقد اللنفاوية الرقية وفوق البكرة وبعد
التحريض بالارسنوبنزل فحص دمه على طريقة ماينيك (Meinicke)
فكانت نتيجته سلبية وشوهدت التمعكسات الوترية والحدقية طبيعية ولا يزال

يتردد الى المستوصف لا كمال المداواة .

وقد اعلنا احد رفقائه بأنه اعطى مراراً من دمه بعض المرضى المحتاجين الى الاستدعاء ولما سألناه عن صحة ذلك قال : انه قد فحص في بيروت في صيف سنة ١٩٣٦ ووجد مناسباً واعطى شيخاً لبنانياً كمية من دمه يجهل مقدارها بستين ليتر سورية . وانا للأسف لعدم تمكننا من اخذ المعلومات اللازمة عن حالة الشيخ المذكور الصحية وما اذا كان قد اصيب بالافرنجي بعد عملية نقل الدم أم لا ؟

لا شك ان المداواة التي اتبعها مريضنا غير كافية ويؤيد ذلك تكرار ظهور اعراض افرنجية في اوقات مختلفة .

اما حالته التي اعطى فيها الدم فسارية في الغالب لان اكثر حوادث عدوى الافرنجي بالطريق الدموي اي الناتجة عن نقل الدم كانت نتائج الفحوص المصلية على دم المعطين سلبية فيها وكانت ناتجة من استعمال دم المصابين بالافرنجي حديثاً وقبل الدور المصلي .

ونحن نرى انه لا يكتفى بتأنيج الفحوص المصلية السلبية حتى بعد التحريض بل يجب اجراء الفحص السريري عدة مرات وفي ازمدة مختلفة والامتناع عن استعمال دماء المشتبه بهم سريرياً في نقل الدم حذراً من نقل الافرنجي بالطريق الدموي .

الناقشة : العليم سوله : يفحص في المراكز المنظمة المعطون العموميون كل ثلاثة اشهر وتجري فيهم جميع التحريات الحيوية . فقل الدم في تلك البقاع لا خطر منه البتة على المعطى له .

السابتزين في معالجة بعض

الآفات الحديثة بالمكورات العقدية

غير نكبر ان اكتشاف السابتزين ومسا مثله من الادوية كان في يد الطبيب سيفاً ماضياً قطع به شأفة كثير من الامراض التي كانت تصول على الجسد وتमित الكثير من الضحايا . فاما من يجهل فتك الحمرة (érysipèle) وجهية كانت أم جراحية ولا العقونات الاخرى الناجمة عن المكورة العقدية (le streptocoque) ولا سيما حمى النفاس التي كانت تقضي على الكثيرات من النوافس ولا العقونات الجراحية كالتلغمونات المنتشرة والتهاب الاوعية اللفافية وسواها . ان جميع هذه الآفات اذا اضفنا اليها تعفن الدم بالمكورات العقدية (la septicémie streptococcique) خضدت شهوكتها وخفت وطأتها بعد هذا الاكتشاف العظيم الذي جاء به الفن . وقد شئنا كمسوانا من الاطباء تجربة هذه المركبات في المستشفى العام بدمشق في مختلف العقونات بالمكورة العقدية من جراحية ونسائية وباطنة ووقع اختيارنا على السابتزين لمائلته بالفعل للمركبات الاخرى من نوعه ولتفوقه عليها برخص ثمنه ونستطيع ان نجمل ما جنيناه منه بما يأتي :

١ - في حمى النفاس والتهابات الملحقات كان للسابتزين فعل ناجع غير ان علاجات اخرى استعملت معه في جميع هذه الحوادث من لقاحات (برويدون) ومصول (مصل فانسن) فلا تستطاع والحالة هذه نسبة التعاج المجتاة الى السابتزين وحده غير اننا قد لاحظنا ان النتائج في هؤلاء المريضات

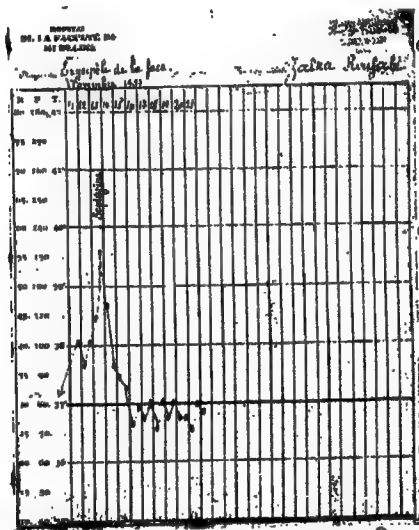
فاقت بحسبها نتائج ما يماثلها من الحوادث قبل استعمال السابتزين .

٢ - في العقوات الجراحية (الحراجات والقلغمونات والتهابات العروق التفاضية والحق) كان للسابتزين فعل حسن . لا ينكر ان المعالجة الجراحية نفسها كالشقوق الواسعة التي كنا نلجأ اليها مكلفة هذه التقيحات كانت عوناً للبدن على مقاومة العقوة فلم ينفرد السابتزين والحالة هذه في العمل ليصح القول ان النجاح ينسب اليه وحده . غير أننا تحققنا بعد استعماله ان سبب هذه العقوات كان يقصر وان الحالة العامة كانت تحسن بسرعة فكانت تهبط الحمى هبوطاً تدريجياً ، وان التقيح كان يخف ولا يلبث ان ينضب وان انتشارات الصديد كانت تقف . ولا نستطيع نسبة هذا التحسن الا الى فعل السابتزين القاتل للجراثيم المقيحة .

٣ - في الحمرة الوجية والجراحية بدا فعل السابتزين جلياً فانه كان يجهض الآفة في يوم او يومين كما تدل المشاهدات القليلة التي سنأتي على ذكرها ومنحنيات الحرارة :

الشاهدة الاولى : ز . ر . عمرها ستون سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ١١ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ تشكو دعثاً (courbature) وصداعاً مؤلماً وكانت حرارتها ساعة دخولها ٣٨,١ ولم يبدُ في ذلك الحين ابتجاج او احمرار في وجهها فاجريت لها التفاعلات المخبرية المتتادة لتشخيص عقوتها واذا بها في اليوم الثالث تشكو الماء في ناحيتي الوجتين واذا ابتجاج واحمرار يظهران في الناحية متصفين بصفات حمرة الوجه النموذجية مع حوية انتهائية (bourrelet terminal) واذا بحرارتها ترتفع الى ٣٩,٦ وبالأعراض العامة

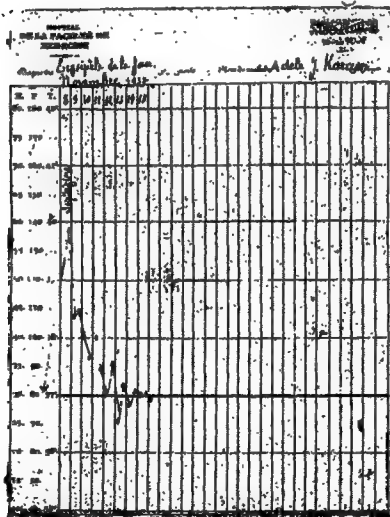
الأخرى تشتد . وبعد ان بدت حمرة الوجه واضحة عولجت باقرص السابترين (٦ حبات في اليوم) فهبطت حرارتها في صباح اليوم الثاني الى ٣٨.٧ وفي مساءه الى ٣٧.٧ وثابتت الحرارة هبوطها حتى الدرجة الطبيعية (انظر منحنى الحرارة رقم ١) وتحسنت الحالة المرضية فخفض الاحمرار والانتباخ وزالت الاعراض العامة المزعجة الصدام والدعث .



(الشكل -- ١)

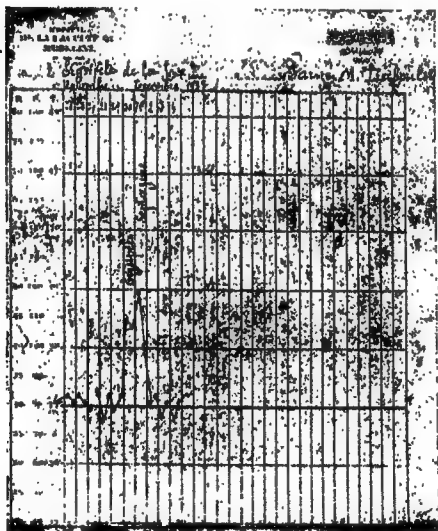
المشاهدة الثانية : أ. ي . ك عمرها ٣٠ سنة دخلت المستشفى العام

بدمشق في ٨ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ مصابة بحمرة وجه كانت قد ظهرت فيها منذ يومين . وكانت حالتها العامة سيئة الحرارة ٣٩,٨ النبض ١٣٠ الصداع مؤلم ، الهذيان خفيف ، اللسان متسخ وجاف ، فاعطيت ٨ حبات سابتزين في اليوم فاخذت حرارتها تهبط هبوطاً تدريجياً واعراضها الموضعية والعامة تحسن وتركت المستشفى في اليوم السابع بعد ان شفيت من داءها (انظر مخطط الحرارة رقم - ٢)



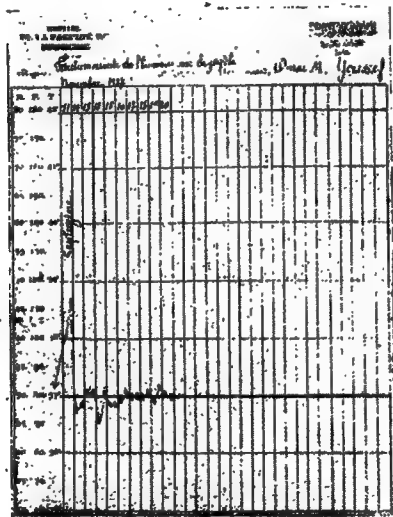
(الشكل - ٢)

المشاهدة الثالثة : ف. م. ط. عمرها ٢٥ سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ٢٥ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ تشكو آلاماً مفصلية مبهمه بدون ارتعاع يذكر في الحرارة واستمرت حالتها كذلك وإذا بها في الثلاثين من تشرين الثاني بعد ان خدشت وجتها تصاب بحمرة وجبهة مزدوجة وإذا بمرادتها ترتفع الى ٣٨,٥ فألى ٣٩ فموجلت بالسابتزين (٦ حبات في اليوم) فهبطت الحرارة بسرعة في خلال ٣٦ ساعة الى الدرجة الطبيعية وزالت الاعراض المرضية (انظر مخطط الحرارة رقم - ٣)



(الشكل - ٣)

المشاهدة الرابعة : ع . م . ي . دخل المستشفى العام بدمشق في ١١ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ مصاباً بكسر مفتوح في الثلث السفلي للمضد ناجم عن مرم ناري وبجراحة جراحية . كانت حرارته في صباح دخوله ٣٨



(الشكل - ٤)

وارتفعت مساء الى ٣٨.٧ ، وعدد نبضه ١٠٢ ولسانه متسخ وصداحه شديد وكانت حافات مخرج الرمي متبجعة محمرة مؤلمة وانتباج المضد منتشراً زهاه عشرة سانتيمترات فوق فوهة الخروج وتحتها والحوية الانتهائية واضحة في

حدود الاحمرار فلم يبق شك في تشخيص الحمرة الجراحية فمولج بالسابتزين فور دخوله (٦ جبات في اليوم) فهبطت حرارته في ٢٤ ساعة الى الدرجة الطبيعية وزالت الاعراض الموضعية زوالاً تدريجياً وسار كسره سيراً حسناً حتى انه استطاع مغادرة المستشفى في العشرين من تشرين الثاني وعضده مثبتة في جهاز جبسي (انظر منحنى الحرارة رقم ٢ - ٤)

.....

ان هذه المشاهدات الاربعة التي جشا على ذكرها هي نزر مما رأيناه في شعب المستشفى المختلفة : النسائية والباطنة والجراحية وهي ناطقة بفائدة السابتزين ، فنحن ننصح لزملاء الكرام ألا يحرموا مرضاهم فائدة هذا العلاج في مختلف المفونات بالمكورة العقدية وفي المفونات التي تعرقلها هذه المكورة



المؤتمر الجراحي الفرنسي السادس والأربعون

٢.

صمامات الاطراف الشريانية

لحها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع الثاني من المؤتمر فيول من مرسيلية فشكل عن
الفريزة المرضية وفونك بريتانو من باريس فسر د طرق المعالجة .

١ — الفريزة المرضية : يعتقد ان الصمامات (embolies) الحادثة وينى بها
الصمامات التي لم تسد الشريان سداً تاماً ولم تفض الى احداث الفنزينة
في الطرف هي ما يجب درسه في هذا البحث توصلنا الى حل قضية الفريزة
المرضية وجلاتها . وهذه الصمامات اكثر مما يعتقد البعض فهي تلتبس في
معظم الاوقات بتشنج الشريان او دمه (thrombose) ولا ما يثبت انها
صمامة لان العملية الجراحية لم تجر .. وكذلك القول في الصمامات المستترة
(occultes) التي لا تتعرف باقل علامة تلتفت النظر الى كونها صمامة غير ان
بعض التحقيقات الاختيارية وبعض الحادئات السريرية لا تدع مجالاً للشك فيها .
وبعد ان جاء الباحث بهذه المقدمة بدأ درسه التحليلي :

أ — الصمامة : هي خثارة ليفية كبروية (fibrino-leucocytaire) في الغالب
وقد تكون صفحة عسيدة وقلما تكون قطعة من الشحم او طليلاً او برعم

ورم او مرمياً . وهذه الصمامة هي قبل كل شيء مركز للتخثر . وترتبط هذه الحادثة كما يظهر بحالة عفونة الحفرة التي تسهل امتداد التخثر اصف الى ذلك ان هذه الحفرة لا تلبث ان تستحيل استعالة ليفية فيزداد التصاق اجزائها بجدر الشريان الذي وقفت فيه .

ب — آفات جدار الشريان (الاعصاب مستثناة منها) : ممكن الاختار بصمامات عفنة وغير عفنة من الاستنتاجات التالية :

القطعة المصنومة (embolisé) : تنسد في الغالب لمعة الشريان بالصمامة غير ان انسدادها لا يتم دائماً فان الصمامة قد تلتصق باحد جوانب الجدار ولا يكتمل الانسداد الا بعدئذٍ ويعمل لنا هذا الامر الصمامات الحائبة والمستقرة . ويظهر ان الشريان لا يتسع اتساعاً شديداً في الغالب .
البطانة : تحقن وتتوسف مضرعتها (épithélium) غير ان هذه البطانة تتأذى بشدة اذا كانت الصمامة شديدة العفونة . والمحددة المرنة الباطنة شديدة المقاومة .

الطبقة المتوسطة : آفاتها الانتهائية قليلة وتصاب طبقاتها الظاهرة فقط . واذا قاومت هذه الطبقة العضلية العفونة مقاومة شديدة فانها تتأذى مع ذلك وتستحيل (تضمر يافها الملس وتتوخم وتبدو الفجوات فيها)

الطبقة الظاهرة : تبدو فيها اشد التبدلات فتوسع الاوعية فيها شديداً وارتشاحات الدم كثيرة وتفاعلات بطانة الاوعية الشعرية حادة فيظهر مما تقدم وخلافاً لما كان ينتظر ان طبقات الشريان الظاهرة اشد اصابة من طبقاته الباطنة . وهذا ما ثبت فكرة لريش عن التهاب الشريان الخارجي

حتى انه ليخيل ان الالتهاب عوضاً عن ان ينشأ من الحثرة يتجه اليها من الظاهر الى الباطن . فالتهاب الطبقة الظاهرة يسبق التهاب الطبقة الباطنة . وقد عللت هذه الحادثة الشاذة بضرر ري الجدار الشرياني وتوزع العروق للتفاوتية القاطع المجاورة للقطعة المصومة : ان القاطع المجاورة للقطعة المصومة تخلو من الآفات او تكون خفيفة فيها الا متى كانت الصمامة شديدة العفونة . وتظهر الآفات حينئذٍ على الطبقة الظاهرة ايضاً .

ج — التهاب الغمد (la gainite) : يظهر الغمد الشرياني العام فوق الصمامة ونحتها طليعياً ليناً سهل الفتح .

واكن التبدلات التالية تبدو في حذاء الناحية المصومة من الشريان : فالغمد في الساعات الاولى متنفخ ومتوذم . وقد يبيض عن الوذمة بعدئذٍ ارتشاح صلب والتصاقات محيطية وباطنة . فينطمر في هذه البقعة الشريان والوريد والغمد العام في درع من الارتشاح .

ان التهاب الغمد هذا الذي قلما تخلو منه صمامة هو اكبر دليل على ما سماه لريش التهاب الشريان الخارجى . فان الشريان الذي تفعل فيه الصمامة وضغط الدم من الباطن الى الظاهر يفعل فيه ايضاً التهاب الغمد من الظاهر الى الباطن ويضيقه ويخنقه . وتنضغط ايضاً شرايين الطبقة الظاهرة وتخرش ويطل لنا التهاب الغمد هذا الآلام المستمرة التي لا تزول بعد عودة الدوران في الصمامات الخائبة .

د — الاوردة والاورعية الشريانية والدم والنسج والقلب : ان آفات الاوردة نادرة في

الصمامة الشريانية الا متى كانت شديدة العفونة . ودمه الوريد ذات انذارسي .

واللاوعية الشعرية شأن كبير هنا ليس لان التهابها كثير الحدوث في الصمامة بل لان آفاتنا السابقة وفعل الجهاز الودي وخيمة النتائج .
 وحالة القلب والنسج والدم السابقة الشأن الكبير ايضاً في انذار الصمامة .

٥ — توسط الجهاز العصبي : ان تفاعلات الجهاز العصبي خاضعة لفرزة الصمامات المرضية . وقد تكون هذه التفاعلات عنيفة . فقد قيل وفي هذا القول شيء من التلو :

« ان فعل الودي هو الاصل وانسداد الشريان هو الفرع ،
 وتثبت جميع الاختبارات حقيقة المضض الشرياني .

ولا بد من توسع الشريان لحدوث التفاعلات ولا يتوسع الشريان عادة الا اذ ترزع جداره برمته . وينشأ الانعكاس بالخاصة من الطبقة الظاهرة .
 فها هي طرق هذا الانعكاس ؟ انها لم تعرف حق المعرفة غير انه يخيل ان هذا الانعكاس طويل المجرى . واما المراكز الذاتية المستبطنة لجدر الشريان فمحوسة تشريحياً .

توزع التفاعلات الوعائية الحركية : يصيب التفاعل الشريان المصوم بالخاصة ويتمثل بتشنج فادر الحدوث فوق الانسداد وكثيره بحذاء القطعة المسدودة وما تحتها : الفروع والشريينات حتى الاوعية الشعرية .

وقد يتجاوز التشنج جهاز الشريان المنسد فيقع في الشرايين المجاورة حتى انه قد يظهر في البعد ايضاً قرب صمامة في الشريان الفخذي تحدث تشنجاً في اوعية الطرف العلوي . مما دعا البعض الى القول بعامل

خلطي (humoral) : غير ان هذه النظرية السريرية بعيد قبولها .
وان ما يسترعي النظر التشنج في هذه الصمامة وتحتها ويتغلب انقباض
الشرايين في ناحية الشريان المسدود وينجم عنه تناذر اقترح فيدل تسميته
« القولنج الشرياني » وقدم عليه مثالا نموذجياً .

٥ — الصمامات الصغيرة والذمة الكبيرة : اتد استرعت حادثة انظار المختبرين
في الاتساع الكبير الذي تصل اليه الذمة الناشئة من الصمامة . حتى ان
هجمة مجهرية قد تحدث ذمة واسعة لا تناسب بين جسامتها وصغر تلك .
واذا لم يكن التفاوت كبيراً في جميع الحالات فان اتساع الذمة يكاد يكون
قاعدة مطردة . وتستقر الخثرة الثانوية الى جانبي الصمامة وتحيط بها غير انها
اطول تحت الصمامة منها فوقها . فهي فوق الصمامة حيث يبطئها الدم لا تتجاوز
عادة القرع الاول . بيد انها تحتها تطول جداً (الخثرة الممتدة)
وسبب طول الخثرة تحت الصمامة ببطء الدوران الدموي فاذا ما زيد
دوران الدم في تلك الناحية قل انتشار الذمة . فكلفة قصور الدوران
المبيض هي مكلفة الذمة المنتشرة .

ولهذا الامر شأنه الكبير لان هذه الذمة المنتشرة تزيد حالة المريض
الخطرة خطراً : فكما نزلت الخثرة سدت افواه القروع الشريانية ومحت
طرق عودة الدم في القروع الاساسية تحت العائق :

وتأتي شروط اخرى عديدة فتضم الى الشروط السابقة في احداث
الذمة المنتشرة : آفات الشرايين السابقة تركيب الدم وبرزها عفونة الصمامة
و — طرق الاسعاف : لا يجهل ان الدوران المبيض اسهل حدوثاً

متى سد شريان كبير سداً تدريجياً خلافاً لما يقع اذا وقع الانسداد فجأة . وكيف يتم ذلك ؟ انه يتم بطرق طويلة وطرق قصيرة ونموذج الاولى هو تفاغرات الثدي الباطن بالشرسوفي واما الثانية فتألف من فروع عديدة مستبطنة للمعضلات . فان العضلات « اسفنجيات دموية » بحسب قول لريش ولا يفعل هذان الجهازان بالطريقة نفسها . ففي الزمن الاول يتكون الدوران السريع بالقروح الطويلة وفي الزمن الثاني تتكون القروح القصيرة المقصودة اي مجموعة الاوعية المغذية للشرابين والاعصاب والمعضلات . فلتجنب ما امكن اذية العضلات ، في الحماة مثلاً ، في سياق التوسطات الجراحية لمعالجة الصمامة .

وتدخل عوامل مختلفة في اعادة الدوران : سرعة الانسداد واتساعه ، صفوة الصمامة ، شدة التفاعل الحركي الوعائي ، واخيراً مقر الانسداد . وتفاوت الارحاء في الخطر فمنها ما هو شديد كالملتقيات والانحاء التي تنتضد فيها ارتكازات العضلات المختلفة الفعل (لريش) وعودة الدوران اسهل في الطرف العلوي منها في السفلي .

وبعد ان جاء الباحث بهذا الدرس التحليلي الدقيق جرب اجمال البحث فوصف للصمامة ثلاثة ازمته :

١ — الزمن الاول — النزو البدئي ، الصدمة : تنزو الصمامة فجأة الوعاء

والبدن . فتحدث حالة صدمة فيضعف القلب وينجم عن ضعفه فقر دم محيطي كما ان فقر الدم المحيطي هذا يضعف القلب الحائر بدوره ويختم على كل هذا تفاعل ودي شديد للغاية ضرره اكثر من نفعه .

ويمثل هذا التفاعل العصبي بتشنج واضح في حذاء الصمامة وتحته .
ويرجع ان تحسّساً عضلياً موضعياً في الطبقة الخارجية منشأ هذا التفاعل
فيحدث التشنج الوعائي بطريق طويل انعكاسي مار على ما يرجح بالمراكز
البصيلة النخاعية ويتناول الشريان المسدود وفروعه والاوعية الشعرية .

واذا لم تكن الصمامة شديدة العفونة ولا جسيمة وقفت الآفة عندها
الحد فزال التشنج وقامت الفروع الشريانية بوظيفتها ان لم يكن بايصال
الدم حتى نهاية الطرف فبالاغة الى القطعة الواقعة تحت الشريان المسدود .
فيقال حينئذٍ « ان الصمامة خائبة »

وقد تحيب الصمامة لاسباب اخرى ايضاً : انسداد ناقص او متبادٍ هجرة
صمامة سيئة الالتصاق بالشرايين الثانوية والحق .

٢ — الزمن الثاني ، تأذي الجدران، دمة متفجرة : غير ان الامر لا يتم دائماً
بحسب ما ذكرنا بل اختلاطات تطرأ فتستمر الاضطرابات او تشتد . فان
عفونة الصمامة تحدث في الشريان آفات بليغة ليس في طبقة الباطنة كما يظن
لوهلة الاولى بل في طبقة الظاهرة . لا ينكر ان الطبقة الباطنة تتأذى كما
تثبت العمليات المتأخرة غير ان الطبقة الظاهرة تبدو عليها تبدلات البلى حتى
ان الالتهاب يتجاوزها الى النمد فيلبه (لريشر) فتكون النتيجة ان التشوشات
الودية تشتد ايضاً .

والدم الذي يمر في الفروع تخف سرعته لحفة ضئيلة فيها فينجم عن ذلك
انتشار التخثر ولا سيما تحت الصمامة حيث اتساع الخثرة كبير وحيث قطعة
الشريان المسدودة طويلة الامر المفضي الى ابطال وظيفة عندد كبير من

القروح الشريانية. وقد تكفي صمامة جزئية لآحداث مثل هذه الخثرة الجسيمة فالزمن الاول هو زمن الصدمة يذ ان الزمن الثاني هو زمن الاختلاطات وعلى الرغم من كل هذا فعودة المياه الى مجاريها ممكنة غير انها صعبة .

٣ — الزمن الثالث : العاقيل (sequelles) والتهديدات: اذا خابت الصمامة تمضت الآفات وانقلب الجسم الساد والخثرة الثانوية والوعاء كتلة صلبة واحدة ولكن أيمحق لنا ان نلفظ كلمة شفاء؟ ليس دائماً فان بعض الاضطرابات تستمر؛ الآلام او المرج الناجم عن قصور الدوران والحل . . . يضيق التهاب الغمد الضفيرة العصبية ويخرشها حتى ان الضرورة قد تقضي بقطع الوعاء المسدود (على ان تجرى العملية بعد برودة الآفة)

وقد تعود الصمامة ثانية ويستمر سببها في كل حال؛ وتبقى ام الدم في المريض ويبقى داؤه القلبي وتكون الحالة قد تحسنت مؤقتاً .

٦ — المعالجة : بحث فيها فونك بريتانو من باريس ذكر اولاً القواعد التشريحية في معالجة الصمامات . وسموبات التشخيص ولا سيما تمييز الصمامة عن التهاب الوريد والتهاب الشريان وضرورة الالتجاء الى المعالجات التكميلية (مقياس الضغط الموضعي ، الاختبارات المضادة للتشنج : الحمامات الحارة ، الاساتيل كولين والحل .) لمعاونة التشخيص السريري الذي قد لا يفي وحده بالحاجة والى رسم الشرايين لتعيين المكان الذي يجب التوسط فيه . ثم سرد طرق المعالجات المقترحة فذكر منها :

أ — الطرق الموجهة الى الصمامة وهي تنحصر في استعمال الصمامة لان

تجزئتها عملية عمياء وعرضة للاخطار . بعد ان اجري لاباي عملياته الاولى

(١٩١١) كررت هذه العملية ما لا يقل عن اربعمائة مرة وبمواد اكثر هذه العمليات الى الاسوجين ولا سيما الى كاي
تجرى هذه العملية بالتخدير الموضعي وتراعى في اجرائها الطهارة الصارمة
اجتناباً للدمة الثانوية ويستعمل في الوقت نفسه محلول الليمونات المضاد للتخثر
ويجب كشف قطعة كبيرة من الشريان قبل فتحه حذفاً للمنصر المولد للتخثر
اي الجمع بين قطع الودي حول الشريان واستخراج الصمامة ، وقد وصف
الباحث بعض الطرق الجراحية في الشرايين العصبية النال (تحت الترقوة ،
المرقي القضي والحنج .)

ما هي نتائج استخراج الصمامة ؟ بعد ان بين الباحث صعوبة جمع الاحصاءات
في قضية عويصة كهذه درس الامور التالية :

١ - النتيجة الوظيفية والنتيجة التشريحية : ليست الصمامات التي تشفى عفواً
بقليلة العدد . فان غنغرينة الناحية المفتقر دمها في بدء العوارض ليست القاضية
دائماً ويحقق لنا التساؤل عما اذا كانت الحادثات ، التي لا يصاب بها الطرف
بالموت بعد استئصال الصمامة مع ان النبض لم يعد الى الظهور فيها لم
تكن لتشفي ولو لم تستأصل الصمامة . ويظهر ان حذف هذه الحادثات
من قائمة النتائج الحسنة بعد زرع الصمامة اقرب الى الصواب . لان الغاية من
زرع الصمامة اعادة الدوران الى حالتيه الطبيعيين التشريحية والفيزيائية فلذا
ما اثبتت السريرات ان الجذع الشرياني لم يروِ النسيج بعد استئصال الصمامة
قل ان العملية قد خابت .

وقد تبين في بعض المشاهدات ان النبض لم يعد الى الظهور الا متأخراً

فلا بد من الاقرار بان توسع باطن الشريان العنيف بالصمامة قد احدث تشنجاً انعكاسياً ماحياً المعلومات التي جاء بها قياس الضغط . وقد يفضي العمل الجراحي نفسه الى هذه النتيجة ومع ذلك فتى عاد المشعر التوجي الى الظهور بعد مدة طويلة لم يكن ظهوره الا تاجماً عن قيام القروع الشريانية بوظيفتها ويقال هنا ايضاً ان الطريقة قد اخفقت .

٢ — المعلومات المقتبسة من معانيمة القطعة التشريحية : ان احمد البراهين الموجهة ضد استئصال الصمامة هو ان تكون دمة ثانوية في عقب خياطة الشريان لا مندوحة عنه (كونايو) وان للمعلومات المقتبسة من معانيمة الشريان بعد التوسط الجراحي او بعد فتح الجثة قيمة كبيرة .
ويحق لنا القول ان الدمة بعد استئصال الصمامة (اذا نشأت من خياطة الشريان ولم تنشأ من التهاب) ليست نتيجة الطريقة نفسها بل نتيجة الطرز المستعمل .

٣ — اسباب الموت : ان هذه الفقرة جزء من النتائج المقتبسة من استئصال الصمامة . فهي دليل على خطر الصمامة الشريانية اية كانت طريقة المعالجة المتبعة ، واذا وضعناها هنا فلا نر مشاهدات استئصال الصمامة المعلقة او فر عدداً من المشاهدات النادرة حيث عولجت الصمامة بطرق اخرى . فقد مات من المرضى المائتين والستة والتسعين الذين درسمهم يريز في بحثه مائة وتسعة واربعون مريضاً باقل من شهر بعد العملية . وقد قضى من هؤلاء ٩٠٪ . في خلال اليوم الاول بعد العملية ويعتقد المؤلف ان وفرة هذه الوفيات في عقب العملية سببها التخدير العام .

واما الموت المتأخر فسيبه الآفة السببية فان ٤١ مريضاً من المرضى ٦١ الذين تركوا المستشفى بعد ان انتظم دوراتهم المرضي ماتوا بعد عشرين سنوات ونصفهم قضى باسترخاء القلب (سترومباك)

٤ — النتائج بالنسبة الى سن المريض : بما انه لا يحق لنا ان ندعو نتيجة استئصال الصمامة « حسنة » الا متى عاد الدوران الى الشرايين الاساسية جاز لنا ان نعلق على سن المريض بعض الشأن . فان خياطة شريان متصلب صعبة الاجراء وسيئة النتائج .

وليس التقدم في السن مانعاً عن استئصال الصمامة بل لعل المسنين احق باستئصال الصمامة من قطع الشريان فان الشريان الشيخ المتصلب قناة لا تفاعل فيها .

ولست حداثة السن في الغالب عاملاً في حسن الانذار لان الصمامة لا تصيب الا المنهكين المضعفين من الاحداث .

٥ — النتائج بالنسبة الى الشريان المصاب : اجمع المؤلفون على الاقرار :

أ — بان العمليات على الطرف العلوي احسن منها على الطرف السفلي .

ب — وانها في الشرايين السطحية افضل من الشرايين العميقة .

٦ — النتائج بالنسبة الى تاريخ العملية : اذا كان لمقر الصمامة شأن كبير في

الانذار فان لتاريخ العملية شأناً اكبر . فقد ظهر من درس التشريح المرضي

ان استئصال الصمامة لا يفيد الا متى سلت بطانة الشريان . فكلماً بكم في

اجراء العملية قل خطر تكون الدمة الثانوية بعد العملية ، هذا ما يقتبس

من احصاءات كاي وييرز ودانزيس .

فقد احصى الباحث في ١٠٨ حالات جمعها بين ١٩٣٢ و ١٩٣٧ :
 ٧٠٪ من النتائج الحسنة في العمليات المجرىة قبل الساعة العاشرة
 و ٢٦٪ بعد الساعة العاشرة .

فاذا لم يستعمل استئصال الصمام الا في حالات معينة كانت حسنة
 اقل من سيئاته ويخيل ان المستقبل كفيل بتحسين نتائجه :

أ - تعيين مقر الصمام الدقيق بعد رسم الشريان الشعاعي ويحتمل
 بهذه الطريقة سلخ الشريان الواسع والتدبات الواسعة حول الشريان .

ب - بضم معالجة داعمة مقتبسة من مبادئ الدوران الشرياني الغريزية
 الى هذه المعالجة التشريحية الصرفة : اي قطع الودي حول الشريان والخ .
 ب - الطرق الموجهة الى دوران الفروع والشريانات والاوعية الشعرية :

١. - قطع الشريان (l'artériectomie) ان مبدأ قطع الشريان مما كس
 لمبدأ استئصال الخثرة . فان الجراح يوجه اعتناؤه في قطع الشريان الى غرزة
 الشريان المسدود وقد اقتبست هذه الطريقة الحديثة المهد من اعمال لريش
 يعتقد لريش ان التشوشات التي تحدثها الصمامة ليست نتيجة لانسداد
 الشريان بالخثرة فقط بل لامتداد التهاب بطانة الشريان الى محيطه فاذا
 ما حذفت هذه النواة الخروشة المكونة للانمكاسات اي هذا الشريان
 المسدود زالت التشوشات الوعائية الحركية المحيطية وافضى محوها الى توسع
 الشريانات المستبطنة للمضلات الدائم .

وفي ابراز هذه الطريقة الى حيز العمل يتبادر مبدآن مختلفان : يقول
 البعض ان قطع الشريان عملية غريزية غايتها توسيع الاوعية الشعرية المستمر

فهي لا تنبأ بالدمة في الشريان ولا بانتشارها في الفروع الشريانية ودعاة هذا المبدأ يقطعون الشريان بدون ان يفتحوه سواء اوقع القطع على الخثرة ام لم يقع عليها .

واما الآخرون فيرون ان نزع الخثرة حتى المنتشرة منها امر واجب تقديمه على قطع الشريان لان نزعها يجرّد عدداً كبيراً من الفروع الشريانية ويسهل الدوران بعد قطع الشريان ، اصف الى ذلك ان نزع هذه الخثرة بحذفه للرا كز المولدة للنفز يقي من تكون الدمة الثانوية حيث يربط الشريان . وفي الواقع فان لكل من هاتين الطريقتين استطبابات بحسب الحادثات : فاذا كانت الصمامة قديمة لا تكون الغاية من التوسط التأثير في فقر الدم الموضعي بل في التشوشات الاغذائية فكون الصمامة قد اتجهت عفواً الى شغله نسبي ولا تكون العملية مجرأة على شريان بسل على حبل صلب ، ففي حالات كهذه لا معنى لفتح الشريان قبل قطعه .

واما متى كانت الصمامة حديثة ففتح الشريان قبل قطعه لا مندوحة عنه بحسب معظم الجراحين اذا لم يكن قد انقضى على الصمامة اكثر من ٤٨ ساعة .

ويقول لريش لا يفيد قطع الشريان الا اذا جنت منه غايات ثلاث : احداث توسع في الاوعية ، وتسهيل الدوران المبيض ، ومنع التهاب الشريان عن الانتشار الى المحيط ، فنزع الصمامة المبكر فقط يوفر الشرطين الاخيرين .

ولقطع الشريان حسنات لا تنكر وفي مقدمتها سهولة اجرائها التي

كانت سبباً كبيراً في انتشار هذه الطريقة واقبال الجراحين عليها . ولها عاذير فهي « تقطع الجسور » بحسب تعبير غوسه وبرتون وباتل وراهها والحجة فيها كثيرة .

فلا يجوز ان يبيض قطع الشريان عن استئصال الصمامة بل ان لكل منها استطببات معينة يمتاز بها على الآخر .

فاستئصال الصمامة مفضل قبل الساعة العاشرة ايأ كان الشريان المصاب على ان يكون الجراح مجهزاً بالأدوات اللازمة لجراحة الشرايين، وان تسمح حالة المريض العامة بعملية طويلة كهذه

وبعد الساعة العاشرة: يفتح الشريان أولاً ثم يقطع بعدئذٍ اذا لم يكن قد انقضى زمن طويل على بدء الحادثة ويقطع الشريان مباشرة اذا كانت المدة طويلة وفي المرضى المضعفين وفي الحوادث التي يجيب فيها زرع الصمامة وحيث جدر الشريان متأذية يفضل قطع الشريان ايضاً .

٢ — التوسطات في البعد على الودي : لا تمبأ هذه المعالجة بالآفات

الموضعية . فقد اشار لريش بالتأثير في الودي الحرقني بتخضيبه بالنوفوكائين او بقطعه (والافضل قطع العقدة) وقد استعمل لريش تخضيب العقدة .
التجنية في صمامات الطرف العلوي .

ان هذه التوسطات على الودي تحدث توسعاً وعائياً وتيجز التريث مدة من الزمن قبل الالتجاء الى المعالجة الموضعية

وقد يفضي التخضيب بالسكوكائين الجديد وحده الى زوال الاعراض ومتى اخفق وجب التوسط السريع .

ويقول لريش ان الانتظار وتجربة تخصيب الودي بالكوكاين الجديد جائز ان متى لم يكن عجز وظلني في الاصابع ولا صفائح محمرة واقلاعات بشرة وققاعات .

٣ — ربط الاوردة : استعمل بنة على اختبار اوبل غير ان فائدته لم تتضح واستطبائاته لم تميز جيداً .

٤ — المعالجة الدوائية : ان المعالجة الدوائية التي ذكر الباحث اسمها الاختبارية قد تكون خير مساعد للمعالجات الاخرى فقد اشاروا باستعمال موسعات الاوردة وغيرهم بمضادات التشنج وآخرون بتنشيط الدوران المحيطي وخير ما يصنع وما اثبتته التحريات في مريض معاب بالصامة الشريانية حقن العضلات او الوريد بخمسة وعشرين سنغرام بابافارين وحقن العضل باربعين سنغرام اساتيل كولين او الوريد بمشرة سنغرامات منه . وتكرر هذه الحقن كل نصف ساعة طيلة ساعتين الى ست ساعات .

وتحقن اللحمة في الوقت نفسه بالكافور والبراسيل والكودامين وحذار من استعمال بعض الادوية نذكر منها الاتروين الذي يمحو فعل الاساتيل كولين الموسع والادرافالين الذي يقلص العروق المحيطية بشدة وقد ذكرت نتائج حسنة عن استعمال البابافارين وحده او مع الاسا كولين والنتائج احسن اذا ما اشرك العلاجان معاً . غير ان هذه المعالجة الدوائية لا تغني عن المعالجة الجراحية بل يجب ان تكون عوناً لها فقط .

٥ — تمرين الاوعية المنفل : ان التمرين الوعائي المنفل او المعالجة بتخفيف الضغط وتشديده طريقة مستعملة في الولايات المتحدة منذ مدة

قصيرة ويستند مبدأها الى المعلومات الفريضة المرضية في انسدادات الشرايين إجمالاً ولا سيما في انسداداتها الحادة . وقد استعملت هذه الطريقة أملاً بتخلق « قلب محيطي » وهذه هي الطريقة : متى انسد الشريان انسداداً حاداً حدث امران : احدهما مركزي وهو ارتفاع الضغط فوق العائق الذي يدفع الدم ويجبره على المرور بالمجاري الموجودة وغير العادية . وتستدعي هذه الحادثة قوة العضلة القلبية . فازدياد الضغط فوق العائق الذي لا بد منه بحسب الاميركين لحدوث الدوران المبيض تابع لشدة عضلة القلب . والمصوم لا يتوفر فيه هذا الشرط لان قلبه واهن في معظم الاوقات وعضلة قلبه على اهبة الاسترخاء . والحادثة الثانية محيطية وهي توسع المروق في الناحية التي افتقردها .

فلسكي يزداد الدم في المحيط يوضع الطرف في جهاز من الالومونيوم او الزجاج حيث يزداد الضغط وينخفض بجهاز من المضخات ويتعاقب الضغطان السليبي والايجابي مرتين الى اربع مرات في الدقيقة وهذا ما يمثل « القلب المحيطي »

ولا تخلو هذه الطريقة من النقد على الرغم من عدد المشاهدات القليل المعلن منها حتى الآن .

ولا يستطيع المريض تحمل هذا الجهاز اكثر من ساعة في الغالب . ولا يعلو الجهاز الى اكثر من نصف التخذ فهو لا يستعمل الا في صمامة الفخذين السطحي فقط . ولا تمبأ هذه الطريقة بالمرکز المولد للتخثر ولا تجزؤ الخثرة الممكن الحدوث وتكوينها بؤر تخثر جديدة وعديدة .

الاستنتاجات : يقول الباحث ان معالجة الصمامات الشريانية في الاطراف
تأبئة لبعض من العوامل التي يستطاع اجمالها :

١ - ليس فقر الدم الموضعي المحيطي الا نتيجة غريزية وتشريحية
وسريية لأحد الاختلاطات فاية كانت المعالجة المستعملة فانها توجه الى
المسبب وليس الى سبب الموارض .

٢ - ان كثرة الصمامات الخائبة تعيد النتائج الحسنة المألوفة في الاحصاءات
مغلوطاً فيها . أفصح عزو النتائج الحسنة الى المعالجة نفسها ؟ ام ان الشفاء
كان قد تم ولو لم يعالج المريض اقل معالجة

٣ - ان اهم ما يجب الالتفات اليه في المعالجة هو قيمة الصمامة
المولدة للتخثر .

فنزاع الصمامة الذي اشار به كاي والمدرسة الاسوجية يحو في الوقت
نفسه المائق وامكان انتشار الخثرة ولهذا كان استئصال الصمامة خير
المعالجات في الساعات العشر الاولى .

ويستند قطع الشريان الذي اشار به لريش ومدرسة مرسيلية الى عنصرين :
تشريحي وهو ان قطع الشريان بعيداً عن الخثرة الممتدة يحو المركز المولد
للتخثر . وغريزي وهو ان قطع الشريان يعمل في دوران الاسعاف ويسهل
الري بالشريينات والمروق الشعرية والقروح .

واما معالجة الشريان عن بعد (التأثير في الودي الفقاري والمعالجة
الدوائية والتدريب الوعائي المنفعل) فلا قيمة لها في عو العامل المولد
للتخثر الذي كوف الصمامة . فان المداوي يوجه اعتناهم بهزم الطرق الى

الصمامة نفسها اي الى كونها جسماً ساداً للشريان والى التشنج وانخفاض الضغط المحيطي التاجيين عنها .

ويظهر للباحث ان زرع الصمامة اذا ما بكر في اجرائه فاقت نتائجها الباهرة الطرق الاخرى وان لقطع الشريان سبقه فتح الشريان او لم يسبقه استطبابات خاصة لا تنكر فيها نتائجها الحسنة يد ان المعالجات الاخرى لا يصح ان تكون سوى معالجات مساعدة فقط .

٤ - والنتيجة العملية هي ان زرع الصمامة مفضل في الساعات العشر الاولى على ان يعين مقرها بالرسم الشعاعي وتجرى العملية بالتخدير الموضعي ويسرع في اجرائها ما امكن ويخضب الودي بالكوكائين الجديد ويحقن الوريد بالابافارين والاساتيل كولين وتستعمل مضادات التخثر في سياق العملية وبعد الساعة العاشرة يقطع الشريان وتستعمل هذه المعالجات نفسها .

ولا بد في كلتا الحالتين من زيادة الري المحيطي بتنشيط عضلة القلب بالاوبائين والديجيتالين وبالتأثير في الضغط الشرياني العام (كورامين ، محلول الكافور ، راسيل)

وبعد ان يقدم المهد على الآفة يصبح قطع الشريان بواسطة الفضلي .

الناقشة

بدننا : يعتقد كالأخرين ان زرع الصمامة هو الطريقة الفضلى . وبعد ان تمر الساعة العاشرة لا يشير بقطع الشريان وتخدير الضفيرة القطنية بل بقطع السلسلة القطنية (المقعدتان ٣ و ٤) الذي كان النجاح فيه معادلاً لثلاثة أخماس الحادئات . وقد جاء بمشاهدات دعماً لرأيه .

البرت : يلفت الانتظار الى الصعوبات التي تعترض التشخيص الاكيد ويشير بتخضيب سلسلة الودي بالخدر واستعمال الادوية الموسعة للمروق لمعرفة الدور المائد في المشهد السريري الى التشنج الشرياني .

وهو من مجبذ استئصال الصمامة غير انه يستدعي التبكير في الاجراء (الساعات العشر الاولى) ومهارة في العمل واتقاناً في الممدات ، ولا يجوز في هذه الحالات نفسها اهمال الوسائل المساعدة على مكافحة التفاعلات الوعائية الحركية المرضية التي لا يستطيع نزع الصمامة القضاء عليها منذ البدء ويقطع الشريان متى لم يعد نزع الصمامة ممكن التحقيق او متى لم تتوفر الشروط لاجرائه . ويزيل قطع الشريان الصمامة والحثرة الطويلة ايضاً ما حياً تقلص الوعاء الانمكاسي الذي يشمل الطرف برمته وقد يمتد ايضاً الى الطرف المقابل .

ويحدث ربط الشريان الناجم عن قطعه نوعاً من توسع الاوعية الموافق لعودة الدوران المبيض . ولكن ما زال هذا الدوران ناقصاً يظل الضغط المحيطي هابطاً وقد تكون نتيجته وخيمة .

ويكافح ربط الوريد المرافق هبوط الضغط المحيطي وتحسن تغذية النسيج . ويشار في جميع الاشكال الخطرة باسراء هذه المعالجات الجراحية يعض التوسطات علي الودي وبالمعالجات الدوائية الاخرى .

وقطع الودي حول الشريان لا فائدة منه الا بعد نزع الصمامة واما بعد قطع الشريان فلا حاجة الى استعماله .

وتستطاع الاعاضة عن قطع عقد الودي بتخضيبها بالخدر الذي مع خلوه

من الخطر معادل بفائدته لذلك

ويشير البرت باشارك طرطرات الارغوتامين مع الاساتيل كولين الذي اختبره منذ نحو من سبع سنوات فهو يزيد توسع الاوعية الذي يحدثه الاساتيل كولين ويطيل مدته .

لريش : يشارك الباحثين رأيهما في المعالجة كيف لا وقد اقتبس الباحثان مستنداتها من اعماله .

وادتير : لفت الانتظار الى صعوبة التشخيص واورد ثلاث مشاهدات شخصية وبين الفائدة المجتأة من تخضيب الودي تسكيناً للعوارض التشنجية من جهة وتسهيلاً للتشخيص من جهة اخرى .

مارك ايزلان وهامد : بلزك : بعد ان اوردا اربع مشاهدات شخصية رسما فيها الشرايين في وضعة الوقوف ذا كرين موت ثلاثة من مرضاهم استنتجا النتائج التالية :

١ - ان الحادثة البدئية ليست الصمامة بل ان الشريان يقف فجأة عن النبضان ويتنثر الدم بمدئذ في هذا الحذاء .

٢ - ان الدوران في الجذوع مستقل بعض الاستقلال عن الدوران في الشريانات فوقوف هذا الدوران غير تابع لدمة الجذوع كما تنص فكرة قطع الشريان ثم جاء المؤلفان بالبراهين التي حدثها الى هذه الاستنتاجات .

نولو يلفت الانتظار الى قيمة رسم الشرايين في تشخيص الصمامات الشريانية والى شأن تخضيب الودي القهظي بالكوكاثين الجديد في معالجة هذه الآفة .

وقد اتيح له اجراء ثلاثة رسوم شريانية لتناذرات صمامية واحدها على الوتين (aorte) في مريضة مصابة بصمامة الشريان الحرقفي الاصلي الايسر وقد استنتج من هذه الرسوم ان تعيين مقر الصمامة مستطاع بدقة فائقة وان تمييز الصمامة عن التهاب الشريان المتمثل بمظهر الصمامة ممكن في اكثر الحالات .

وتخفيض الودي القطني بالمخدر طريقة مساعدة يحسن استعمالها كطريقة مساعدة في نزع الصمامة او قطع الشريان .

وتستحسن اعادتها لان تكرار التخفيض يزيد التوسع الوعائي المحدث ويطيل مدته . هذا ما اقتبسه المؤلف من الاختبارات التي اجراها على الحيوان .



تناذرات آرن دوشان

للاستاذ ج . ترايو استاذ السريريات الطبية في المهد الطبي

ترجمة طالب الطب السيد صلاح الدين سبع

لهذه التناذرات مناشيء عديدة جلية فقد يكون منشأ التناذر عضلياً (myopathique) أو عصياً (nerveuse) أو جذرياً (radiculaire) أو سحائياً (ménégitique) أو نخاعياً (médullaire) وقد ينشأ عن التصلب الجانبي الضموري (sclérose latérale amyotrophique) أو عن التهاب النخاع السنجابي الامامي المتري في السكبل (داء آران دوشان) وتعدد المنشأ هذا تنجم عنه انواع عديدة مختلفة يتميز كل منها عن الآخر بأعراض سريرية خاصة وسنذكر هذه الانواع مع المميزات التي يتصف بها كل نوع على حدة

أ : تناذر آران دوشان الضلي المنشأ : يتصف هذا التناذر بالصفات التالية :

- ١ : ليس فيه تقلصات ليفية ابداء
- ٢ : ليس فيه آلام عفوية ولا محدثة
- ٣ : لا ينعدم الحس فيه
- ٤ : يظهر في الأحداث
- ٥ : له صفة كهربية خاصة (تفاعل جولي الوهني المضلي R. élect. myasthénique de Jolly)
- ٦ : تضاف فيه الانعكاسات

٧ : والآفات فيه متناظرة عادة

ب : تناذرات آران دوشان العصبي المنشأ : — يمتاز هذا النوع بمراقبة آفات المصبيين المتوسط والزندي له ، هذه الآفات التي تنشأ إما عن الرضوض او الاتناثات او الافرنجي او الانسمامات وأخصها الانسمام بالرصاص أو من الجذام (داء مورفان ، الداحس غير المؤلم) وأعراضه هي :

١ : شلل منتشر وجفائي ٢ : تشوشات حسية ذات توزع محيطي
٣ : ليس فيه تقلصات ليفية ابدأ ٤ : تضعف فيه الانمكاسات تدريجياً
واحياناً تنعدم ٥ : تشوشات اعتدائية جلدية وفادراً عظمية ٦ : الآفات
وحيدة الطرف ٦ — يظهر تفاعل الاستحالة في الاعصاب والمضلات معاً
ج : تناذرات آران دوشان الجذري المنشأ -- يتصف بالصفات التالية :

١ : الآفات فيه وحيدة الجانب ٢ : تشترك فيه آفات الجذرين الرقيبي
السابع والظهري الاول مع آفات الودي ٣ : رافقه تشوشات حسية
جذرية التوزع ٤ : وتشوشات حركية جذرية التوزع ايضاً ٥ : تفاعل
الاستحالة فيه ايجابي ٦ : الانمكاسات تضعف فيه واحياناً تنعدم ٧ : ليس
فيه تقلصات ليفية ابدأ ٨ : رافقه تناذر دجرين كلومبكه ٩ : والسائل
الدماعي الشوكي طيعي .

د : تناذرات آران دوشان الحائي : — يمتاز

١ : بكونه ثنائي الجانب (التهاب السحايا الضخامي الرقيبي) ٢ : بمراقبة
تناذر كلود برنار هورز له ٣ : بمراقبة تفاعل استحالة عضلي عصبي
٤ : بفقد التقلصات الليفية ٥ : باشتراك الاضطرابات الحسية والحركية معاً

بتوزع جذري ٦ : بتغير السائل الدماغي الشوكي .

واسبابه الافرنجي أو السل أو السرطان .

هـ : تناذر آران دوشان النخاعي (تناذر تكهف النخاع) : يمتاز هذا

الشكل بما يلي :

أ : الضور العضلي مزدوج فيه وغير متساوي التوزع ٢ : يرافقه

تفاعل ليفي واضح ٣ : تشدد فيه الانمكاسات او تنمدم (الشكل التشنجي

لتكهف النخاع) ٤ : يفقد تفاعل الاستحالة ٥ : وتظهر تشوشات اغتدائية

(الداء الثاقب ، والآفات المفصلة) ٦ : مع تباين حسي الألم والحرور

(dissociation thermo-analgésique)

و - تناذر آران دوشان في داء شاركو : - يمتاز التناذر هنا :

أ : بكونه متناظراً ٢ : يرافقه بالتقلص الليفي ٣ : باشتداد الانمكاسات

٤ : بانعدام التشوشات الحسية ٥ : وبظهور تفاعل الاستحالة في المضلات فقط

ز : داء آران دوشان : وما هو الا التهاب النخاع السنجابي الامامي المترقي

في السكل ويمتاز :

أ : بكونه ثنائي الجانب ٢ : بمرافقة التقلص الليفي له ٣ : بانعدام

الانمكاسات العظمية الوترية ٤ : وبانعدام التشوش الحسي

الحيوينات في الكيمياء الحيوية

٦

الدكتور صلاح الدين مسعود الكواري

من مطالعة هذه الجداول تستنبط النتائج العامة الآتية :

- ١ - ان الحيوين C الذواب في الماء اي ضد الحفر يوجد في اكثر الاثمار الطرية والحبوب الناشطة .
- ٢ - ان الحيوينات الذوابة في الماء B توجد في عدد كبير من الاغذية النباتية والحيوانية ولكنها توجد بكثرة خصوصاً في المواد الغنية بالنوى الحلوية كخميرة الجعة ، ونبات الجبوبات ، وعح البيض ، والنخاع ، والكبد .
- ٣ - ان الحيوين الذواب في الماء P اي ضد مرض القاق ، يكاد من حيث وجوده في الاغذية يماثل الحيوين C العامل في تبيخ التغذية والحلية .
- ٤ - ان الحيوين الذواب في الدم A يوجد بكثرة خصوصاً في الدم المستخلصة من النسيج الفعالة الحيوانية او النباتية ، وفي اقسام النبات الحضر خصوصاً منها الاوراق .
- ٥ - ان الحيوين الذواب في الدم D اي ضد الحرع قليل الوجود في الاغذية ولا يرى الا في بعض الاسماك (الحوت ، الهارنغ ، الساردين الخ) وخصوصاً في اكبادهن .

- ٦ - ان الحيوين الذواب في الدم B الضروري لحسن سير وظيفة التناسل يوجد في نبت الجبويات وفي اوراق بعض النباتات .
- ٧ - ان الجبويات على وجه عام اكثر انتشاراً في الاعضاء النباتية منها في الاعضاء الحيوانية (الا الحيوين D ضد المرح الذي يوجد ، على العكس في النسيج الحيوانية) .
- ٨ - ان بعض الاغذية (وعددها في الحقيقة قليل) يحتوي بكثرة على الجبويات الذوابة في الماء والحيوانات الذوابة في الدم في آن واحد كالبرتقال والليمون والحس واليخنة والطماطم والاسفناخ (غنية جداً بالحيوين ضد الحفر) وكالكبد واللبن الطازج ، ومح البيض ، ونبت الجبويات (هذان الاخيران لا يحتويان على الحيوين العامل ضد الحفر) .
- وفي الجدول الآتي نلخص المقادير النسبية التي تحتوي عليها الاغذية من الجبويات .

جدول يبين المقادير النسبية التي تحتوي عليها الاغذية
المروقة من انواع الحويونات

نوع الحيوان						نوع الغذاء
P	E	D	C	B	A	
قليل	.	.	.	++	قليل جداً	الحيز الأبيض
+++	++	.	.	++++	++	الحيز التام
.	.	.	.	+	.	المسجرات
.	.	.	.	.	.	الرز
++++	كثير جداً	.	.	كثير جداً	++	الحطبة الناشطة
++	++	.	.	++++	++	بنت البقول
+	.	.	++++	++	قليل جداً	البطاطا
+	.	.	++	++	قليل جداً	اللفت
++	.	.	++++	++++	+++	الجزر
قليل جداً	++++	.	++++	++	++	الحس
+	.	.	++++	++	+++	الاسفانج
قليل جداً	.	.	++	++	+	الفاصولياء
.	قليل جداً	.	++	++	+	الحضراء
+	.	.	كثير جداً	++	++	الحس الاخضر
.	.	.	.	++	+	اليخنة
.	.	.	++	+	قليل	الحرشف
قليل	.	.	كثير جداً	+++	+++	التنبيط
قليل	.	.	++++	++	.	الطاطم
قليل	.	.	كثير جداً	++	++	البصل
قليل	.	.	كثير جداً	++	++	الليمون والبرتقال

نوع الحيون						نوع الغذاء
P	E	D	C	B	A	
+	.	.	++	+	.	الغلب
قليل	.	.	قليل جداً	+	.	التيبة
قليل	.	.	.	+	.	الحل
قليل	.	.	++	+	.	الذفاح
قليل	.	.	++	+	قليل	والكمثرى
قليل	++	.	.	++	+	الموز
.	.	.	.	.	.	اللوز والجوز
كثير جداً	.	.	.	كثير جداً	.	السكر
+++	++	.	قليل	+	+	خيرة الجمة
+++	++	.	قليل	++	قليل جداً	اللحم المدخن
+++	.	.	++	++	.	اللحم المبر
+++	+++	.	+	+++	+++	عصير اللحم
++	+	.	.	++	++	النوى
+	.	.	.	++	++	الكبد
++	.	+++	.	+	+++	التخاع
++++	?	++	.	++++	++++	سمك المارايغ
.	.	.	.	.	.	والساردين
?	.	+	++++	++	++++	مع البيض
++++	قليل	+	+	++	++	آح البيض
++++	++	++	.	.	.	الصدف
++++	++	++	.	.	.	لين طازج
++++	++	++	.	.	.	قشدة، وزبدة
++++	++	++	.	.	.	طازجة

نوع الحيوان						نوع الغذاء
P	E	D	C	B	A	
++	.	قليل	.	++	+++	جينة دسمة
++++	.	+++	.	+++	+	دقيق الابن الزوال دسمة
++++	.	++	.	+++	+++	ابن مكثف ذو سكر
.	قليل جداً	السمن الاصطناعي (مرغرين)
.	قليل جداً	شحم الخنزير
.	++	.	.	.	قليل جداً	زيت الزيتون وزيت فستق
.	.	كثير جداً	.	.	++++	المسيد زيت كبد الحوت

الفصل الخامس

في خواص الحيويئات الفيزيائية والكيميائية

قد يظن ان تكون الحيويئات مواد سريعة المطب جداً بحيث تتلف بسهولة تامة بتأثير الحرارة اي بفعل الطبخ فقط . على ان الحقيقة ليست كذلك لان من الحيويئات ما يقاوم فعل العوامل الخربة ومنها ما لا يقاوم . فن اللازم والحالة هذه ان نلاحظ الشروط الملائمة وتجنب الشروط المماكسة ولذا كان من المفيد مطالعة خواص كل منها على حدة .

١ - خواص الحيوين C الذواب في الماء (ضد الحفر) . - هو اسرع الحيويئات تلقاً وهو الذي قد كان سبباً في اشتهاار الحيويئات بسرعة المطب ، لانه سريع التلف في المواد التي يوجد فيها فتاً كسد بسرعة حتى بعلامسة الاكسجين الهوائي . ويزداد تأكسده سرعة في البيئة القلوية . اما في البيئة الحامضة فيبطؤ . والحرارة تفعل فعل الاكسجين بل تنضم الى فعله بحيث تلف الحيوين C بالحرارة في البيئة القلوية سريعاً جداً .
اما الاشعة البنفسجية فلا تؤثر فيه .

هذا الحيوين يغذمن آلة التعال وهو قابل للاستجذاب (adsorbable) . لكنه يفقد هذه الخاصة ببعض الشروط حتى يصبح متعذر الاستجذاب بتراب القصارين او بمآآت الحديد النروية او بمحمض السليس التونفستي ولقد كانت هذه الخاصة مفيدة في استفراده من بقية الحيويئات الاخرى

الذوابة في الماء كالحيون B مثلاً الذي تستوقفه هذه المستجذبات (adsorbants).
ان الحيون C ذواب في الماء والغول والخلون ، غير ذواب في الايثر
ولا في ايثر البترول ولا البنزين أو الكلورفرم .

٢ - خواص الحيونات الذوابة في الماء والحيون ضد مرض الفاقة . -
ان الحيون B1 من بين حيونات هذه الزمرة هو سريع التلف ولكن
ليس بدرجة الحيون C .

يتأكد بسهولة وتلف بالحرارة الرطبة يعض الشروط وبالحرارة الجافة
والقلويات المرققة والقضبات القلوية مما يجعله يقرب من الحيون ضد الحفر
من بعض الوجوه .

اما الاشعة البنفسجية وأشعة رنتكن فلا تفعل فيه .

من صفات هذا الحيون انه ينفذ من آلة التحال ويستجذب تراب
القصارين (خصوصاً في بيئة غولية) والقضم الحيواني أو النباتي وسليكات الألومين
وماءات الحديد الغرويان . ولما كان أكثر انجذاباً بتراب القصارين من غيره
من حيونات هذه الفئة B امكن استفراده بسهولة من خلاصة خميرة الجعة
بمعالجتها بتراب القصارين الاعتيادي فيحصل على ما يسمى بالتراب الفعال
(terre acivée) العامل ضد الأعصاب فقط .

ان الحيون B1 ضد الأعصاب ذواب في الماء والغول المثلي والغول الاتيلي
ذي الميار ٧٠ غير ذواب في الايثر والكلورفرم والبنزين . يترسب بمحضر
القصفور التونفستي ومحلول حمض اليكرولوني (acide picrolonique)
المائي ومحلول كلور الذهب الكلور هيدري .

إذا عولجت خلاصة الجعة بتراب القصارين وفي بعض الشروط تصبح خالية من الجيوتين ضد العصاب ومحتوية فقط على الجيوتينات الاخرى لهذه الفئة كالجوين B2 العامل في التغذية والجوين B3 المنبه لنمو الخلية والجوين ضد مرض القماقة .

ان الجيوتين العامل في التغذية بالخاصة اشد من هذا الاخير . مقاومة للاكسدة وتحملًا لتعمل الحرارة الجافة والحرارة الرطبة . فلو سخن في الصاد على حرارة 120° مدة ساعتين لم يتلف . أو يتلف منه مقدار لا يكاد يذكر وكذا المحوض في درجة معلومة من الكثافة لا تفعل في هذا الجيوتين فعلاً يؤثره . اما القلويات والقلويات الترابية فتعمل فيه بشدة بحسب درجات كثافتها ومدة التأثير ودرجة حرارة البيئة .

ان الجيوتين B2 يتلف بالاشعة البنفسجية وينفذ من آلة التحال . ويستجذبه تراب القصارين بأقل سهولة وسرعة من الجيوتين B1 مما يساعد على استفراد كل منهما . ويمكن فصله على وجه أتم إذا استعمل تراب القصارين الجاري : وهو ذواب في الماء والقول الأتيلي ذي الميار 70° وحض الخل . :

اما الجيوتين المنبه للخلية (الجوين B3) فهو اشد الجيوتينات الذوابة في الماء مقاومة للعوامل الحربية واكثرها ثباتاً . فلا الاكسدة ولا الحرارة الجافة أو الرطبة تتلفه . فثلاً اذا سخن في الصاد على حرارة $+120^{\circ}$ حتى بلامسة المحوض أو فحات القلوي لا يتلف . اما القلويات الكاوية فانها تتلفه حتى في حرارة $+100^{\circ}$ في ساعة واحدة . وهو ينفذ من آلة التحال ويستجذبه تراب القصارين بصموبة شديدة وببطء عظيم . كثير الذوبان في الماء والقول

المرقق والغول ذي العيار ٨٠ ولا يذوب في الغول ذي العيار ٩٥ .
 اما الحيون ضد مرض القاقه (الحيون P) فانه يقاوم العوامل المخربة
 ايضاً ولكن قد جعل بين صنفى الحيون ضد المصاب B1 وبين الحيون
 المنبه للخلية B3 اذ لم تتأيد حتى الآن مقاومته لعمل فحاش القلوي ، وان
 كان يقاوم فعل الحرارة كالحيون B1 والحيون B3 ساعتين في العاد في حرارة
 ١٢٠° . لذلك من المؤلعين من يمد من الحيونات المنبهة للخلية (اي B3)
 ويسمونه (الحيون B2) . . .

ان الحيون P العامل ضد القاقه ينفذ من آلة التخال ويستجده تراب
 القصارين ولكن يبطء وهو ذواب في الماء والماء المحمض بمحض ما يذبه
 اكثر من الغول ذي العيار ٨٠ .

٣ - خواص الحيون الذواب في الدم العامل في النمو (الحيون A) :
 هذا الحيون هو اقل الحيونات الذوابه في الدم ثباتاً لانه سريع الانفعال
 جداً من الاكسجين خصوصاً بالحرارة :

• اما في غذاء طبيعي كزيت كبد الحوت فيبقى محتفظاً بخاصته زمناً طويلاً
 بحيث لا يفقد شيئاً من قيمته الحيوانية ولو لبث عدة سنوات في قارورته
 المحكمه السد ببيداً عن الهواء . . .

اما الارجاع فاذا جرى في حرارة واطئة لا تتجاوز الدرجة (٥٥+))
 فانه لا يؤثر في هذا الحيون A .

واما بدرجة المواد الدسمة على طريقة دور المناغضة اي في حرارة
 (١٢٠ - ١٣٠) فانها تخرب هذا الحيون . من هذا يتضح لك جلياً ان

الدهن النباتية (المرغرينات margarines) ذات الزيوت الهدرجية خالية من كل فـل حيوي . اما الحموض المـرققة فلا تخـربه الا تخـربياً جزئياً . والتـصين في حرارة (٣٧ - ٤٠°) بالصود او البوتاس الغولي لا يفـعل فيه بالبرودة ، اما في الفـلـان فانه يُفقد من خاصته الحيويـة مقداراً لا يستهان به ولقد عُـزِي الى الاشعة البنفسجية تأثير سيء في الحيون A لكن المؤثر الحقيقي هو الاوزون (ozone) الذي ينتشر في اثناء عمل المصباح الزئبقي . الحيون A يذوب في الايثر والبنزين والخلون والكلورفرم . واذا عولج بشيء من محلول ثالث كلور الأئـمـد الكلور فرمي يبدو لون ازرق غامق هو تفاعل كادراس (Carre-Price) .

هذا ويجب موقفاً التفريق بين الحيون A الموجود في الاغذية الطبيعية (كزيت كبد الحوت مثلاً) وبين نوعي السكروتـن ألفا وبيتا اللذين يحاكيانه تماماً بالخواص الفريزية ويستجـلان داخل العضوية الى الحيون A بالخاصة . ان السكروتـن ، صبغ الجذر المعروف الذي يوجد في كثير من النباتات الطازجة هو سريع التأكسد الذوي (autoxydable) . وهو كثير الذوبان في البنزين والكلورفرم وكبريت الفحم . ولا يختلف النوع ألفا عن النوع بيتا الا بنقطة الانصهار ويكون الاول محولاً للنور المستقطب ، الى اليمين مع ان الثاني لا يفـعل في النور المستقطب .

٤ - خواص الحيون ضد الحـرع الذواب في الدهن (العامل D) . -

هذا الحيون وان كان اكثر مقاومة للعوامل الخربة من الحيون A فهو سريع الانفعال من الاكسدة حتى في الحرارة الاعتيادية .

إذا افرد صافياً يفقد يبطه خاصته ضد الحرج بعلامسة الهواء . اما محلوله الزيتي فلا يفقد من خاصته شيئاً حتى بعد سنة تامة .

لا فصل للارجاع بحرارة $+ ٥٠$ وبالطرق المخبرية المعتادة في هذا الحيون اما المهدرجة بالطرق الصناعية كما في الحيون A في حرارة أعلى من هذه الدرجة فانها تخربه بمض التخريب .

مقاومة هذا الحيون للحرارة هي اعظم من مقاومة الحيون A لها الا ان تكون هناك اكسدة .

إذا مرّ بخار الماء الحار (بدرجة فوق التسخن) في المواد الدسمة الفعالة يؤثر فيها فيفقد خاصتها الحيونية وعلى هذا فلزيت المستخلصة بمعالجة اكباد الحوت بخار الماء في الحرارة وبعلامسة الهواء خواص حيونية تختلف جداً باختلاف طرق الاستخلاص الصناعية .

هذا الحيون كغيره من الحيونات الذوابة في الدسم يقاوم فعل التصبن وللاشعة البنفسجية فعل مخرب لهذا الحيون لا يستهان به يخالف تماماً ماهو معروف عن هذه الاشعة من اكسابها بعض المواد العاطلة (كزيت الزيتون واللبن المجفف) خاصة مفيدة ضد الحرج تحول دون تقدم سير هذا المرض بعد عرض هذه المواد على الاشعة البنفسجية مدة مناسبة ، اما العرض على الاشعاع مدة طويلة جداً او اعادة عرض المادة المعرضة قبلاً على الاشعة على الاشعة البنفسجية فيفقد هذه المواد فعاليتها المكتسبة .

الحيون ضد الحرج يذوب في الايثر والبول ولا يذوب في الماء .
ويعتقد بعض المجرين ان هذا الحيون المستفرد (ارغوستيرول المشع)

يمكن تشخيصه بفحص طيفه الامتصاصي في داخل الاشعة البنفسجية اذ تتميز منطقة وصفية تبلغ حدها الاقصى في ٢٤٧٠ أنسترم Angstrom. (هي وحدة للاطوال القصيرة جداً وتساوي عشر معشار المتر أو عشر معشار الكرون أي ١ من المتر)

٥ - خواص الحيوين العامل في التناسل الذواب في الدسم (الحيوين E. -
هذا الحيوين أكثر الحيوانات الذواب في الدسم مقاومة للعوامل الخربة .
فهو قليل الاتعمال جداً من الأكسدة . ولا يعمل الأكسجين فيه
الإيطء عظيم جداً . ولا فعل للأرجاع والحرارة فيه . فالمواد الطبيعية التي
تحتوي عليه يمكن أن تسخن على حرارة + ١٧٠° مدة ساعتين دون أن تفقد
خاصتها الحيوية العاملة في التناسل . ولقد عولج زيت الحنطة الناشطة في
الحلاء وحرارة ٢٢٠ - ٢٥٠ درجة مئوية فلم يفقد شيئاً من خاصته الحيوية
العاملة في التناسل .

التصين لا يؤثر فيه. لكن المادة اللامتنسبة الناتجة يمكن ان تفقد خاصتها الفاعلة اذا بقيت بعلامسة الهواء مدة طويلة .

الاشعة البنفسجية لا تؤثر فيه اذا لم تتجاوز مدة المرض عليها عشرين دقيقة فقط . اما اذا بلغت ٤٥ دقيقة فقد خاسته .

هذا الحيوان لا يذوب في الماء . يذوب في الايثر واثير البترول والبنزين
والخلول والغول العرف .

ومما يجب التنبيه اليه أن شحم الخنزير إذا جمل مع مرتب غذائي غني بالحيوين E يفقد هذا المرتب الغذائي خاصته الحيوية العاملة في التناسل .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٨ م - الموافق لثي الحجة سنة ١٣٥٦ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلاثاء ١٤ كانون الاول سنة ١٩٣٧

بعد ان قرأ امين السر العام حضر الجلسة السابقة نهض خازن الجمعية
العلم نظمي القباني والقي تقريراً عن واردات الجمعية ونفقاتها في سياق السنة
١٩٣٧ هذا نصه :

سادتي :

لي الشرف ان ارفع لحضرتكم تقريري السنوي عن موازنة جيمتنا
الطبية الجراحية لعام ١٩٣٧ وهي كما يأتي :

المقبوضات

بلرة غروش سورية

٥٠ ٢٢٢٠٧ المدور من سلفي الدكتور اسعد بك الحكيم

٤٠٠ فائدة اربماية ليرة سورية كان اودعها خازن الجمعية

السابق في بنك سورية ولبنان عن ستة اشهر اعتباراً

من تموز ١٩٣٦

٢٠٠	اشترك واحد عن سنة ١٩٣٥
١٠٠٠	خمسة اشتركات عن سنة ١٩٣٦
٤٠٠٠	عشرون اشتركا عن سنة ١٩٣٧
١٦٠٠	رسم قبول واشترك اربعة اعضاء عن سنة ١٩٣٧
٥٠	٤٩٤٠٧ المجموع

اما المدفوعات فهي كما يأتي :

باردة	غروش سورية	
٥٠	٣٣٧	قرطاسية للجمعية بموجب قائمة مؤرخة في ١١ شباط سنة ١٩٣٧
١٢٨		ثمان دفترين لتقيد مقررات الجمعية بموجب قائمة مؤرخة في ١٨ نيسان ١٩٣٧
٦٠٠		راتب موزع الجمعية السيد علي شاكر لقاء تحارير الجمعية عن ستة اشهر ابتداء من كانون الثاني ١٩٣٧ حتى غاية حزيران ١٩٣٧ .
٥٠	١٠٦٥	المجموع

فاذا طرحنا مجموع النفقات من مجموع المقبوضات يكون الباقي في صندوق الجمعية مبلغاً قدره اربعمائة وثلاث وثمانون ليرة سورية واثنان واربعون غرشاً سورياً (٤٨٣٣٢) وهذا المبلغ هو المدور لسنة ١٩٣٨ .

وبهذه المناسبة اسمعوا لي ايها السادة ان ابدي لحضراتكم الملاحظات التالية:
١ - في الجمعية اعضاء لم يسددوا حتى الآن ولا اشتراكاً واحداً منذ انتسابهم الى الجمعية فهؤلاء اقترح ان يمدوا مستقيلين .

٢ - ان بعض الاعضاء سدّدوا اشتراك سنة واحدة فقط منذ انتسابهم ثم انقطعوا عن الدفع فهؤلاء يجب ان تطبق عليهم احكام المادة الحادية والثلاثين من القانون الداخلي واذا لم يبادروا بمد ذلك الى دفع ما عليهم من الذم يجب ان يمدوا مستقيلين ايضاً .

٣ - ان بعض الاعضاء غادروا سورية منذ مدة ولا يستطيع تبليغهم ولا هم افادوا قبل ذهابهم عما اذا كانوا يريدون البقاء في الجمعية او الانفصال عنها فهؤلاء ارى ان يمدوا مستقيلين ايضاً منذ الآن .

٤ - ان فئة من الاعضاء لم يسددوا اشتراك السنة الاخيرة فهؤلاء نرجو منهم ان يسددوا ما عليهم من الذم ايضاً .
وختاماً تفضلوا بقبول الاحترام سادتي

.....

ثم تلاه امين السر العام الطيم اسعد الحكيم فلفظ هذا الخطاب الجليل میناً فيه ما قرىء في خلال السنة المنصرمة من الابحاث الطبية والجراحية وسواها .

تقرير امين السر العام المليم اسعد الحكيم

زملائي الاعزاء

تختتم الجمعية الطبية الجراحية الليلة في هذه الجلسة السنوية سنتها الثالثة
مبتهجة بنموها المطرد وتقدمها المستمر مغتبطة بما تتمتع به من حسن السمعة
فخورة بما ساد جلساتها من انتظام ونظام وبما اتته على حدائق عهدها من الاعمال
والمشاهدات الفنية القيمة على اختلاف الموضوعات الطبية . نذكر منها في
الطب الداخلي : الحبسة الرمزية، والقرقرية الرئوية، والهستريا البردائية، وداء
ستوكس ادمس الرضي، والسرطان الرئوي البدئي، وتناذر ارب مع ام الدم
الابهرية في الشعبة الصاعدة، وداء ثورجه، والشلل الدفترائي، وداء التورمات
القضيبي، والهذيان المراقى المشترك باهلاس حسية عضوية وبمرض كوتار
المسبب عن انحباس قطعة معدنية دقيقة في الحلق وتناذر ارب ووفرة معادفته
عند عرب الشرق الادنى، وحوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن
سينا، ومرض البربري، والافرنجي وقمل الدم .

ونذكر منها في الجراحة الخارج الزحاري الرئوي البدئي، واقتال القولون
السيني، والكيس المائي في منتصف القولون المعترض، وحادث فاسور في
الناحية المعدية متصل بالمشكلة . اما في فن المداواة فهناك مداواة الرئية
السيلاية بالمصل المضاد للكورات السحائية، ومعالجة البرداء بحقن الدم الذاتي
وداء الرقص بالمعالجة الاستمضائية، والتهاب البلعوم واللوزتين بالبرموت . وفي
شعب الاختصاص : المستقبل الولادي لنق الرحم المدوى، والحصاة اللاحقة

والتهاب العصب البصري خلف القلّة . والتهاب الصفاق الحوضي الناتج عن
البزر الصناعي .

ومما تغتبط به الجمعية زيادة عدد اعضائها العاملين ثمانية اعضاء . هم السادة
عزة مريدن ، بشير العظمة ، شوكة القنواي ، احمد الطباع ، اسماعيل الاسطة
ممدوح الصباغ ، ياسين العجة ، منير السادات ، وانتسب اليها عضوان
مراسلان هما : الجنرال مارتن والكولونل ايشير .

هذا وللجمعية وطيد الامل بان عدد اعضائها سيزداد كما ان جهودها
ستضاعف ويعظم انتاجها في سنتها الرابعة المقبلة التي تستقبلها بنشاط القنوة
وعزيمة الشباب . متطلعة الى المستقبل بعين الطموح والاقدام مقدرة مركزها
الاجتماعي حق قدره فهي رمز الحياة العلمية والطبية في البلاد السورية ينظر
اليها العالم الخارجي بعين التقدير والاعتبار . فهي شاعرة بالواجب متذرة للقيام
به بصحة الزعامة والايمان بالعمل .

وبالحتام لا يسعني الا ان اسجل شكر الجمعية لرئيسها العليم سويله
ولاعضائها العاملين الذين انحفوها باعمالهم ومشاهداتهم ولامين السر العام
السابق العليم ترابو الذي يعمل على نشر اعمالها في الصحف الفرنسية
وللعلم مرشد خاطر الذي فسح لاجرائها مجالاً في مجلة المعهد الطبي ولخازنها
ولاعضاء مكتبها لمؤازرتهم اياي في تنظيم محاضر جلساتها كما اني ارسل تحيتها
الى اعضائها الذين اتفكوا عنها موقتاً او نهائياً لمفادرتهم البلاد السورية .

وتلاه رئيس الجمعية الكولونل سوليه فارجل خطاباً لطيفاً تلخهـ بما يلي :

خطاب الرئيس السابق العليم سوليه

زملائي الاعزاء

يجب عليّ قبل ان اترك كرسي الرئاسة الذي اوليتموني الشرف بالجلوس عليه ان اوجه اليكم كلمة الشكر لثابرتكم على حضور الجلسات وللباقة التي ازدانت بها مناقشاتكم .

واتني آمني امنية منكم في هذه الجلسة الاخيرة التي تجمعنا وهي ان تمنى جميعكم بدرس الامراض المنتشرة في سورية درساً خاصاً لاتي على يقين انكم لو اوليتم هذه الناحية بمض اهتمامكم واتيتم على نتيجة اختباركم الطويل من الديدان الموية وداء المتحولات (amibiase) الموي واختلاطاته ، وحة حلب والح . . لكان منها ما يفيد العالم الطبي الفائدة الجلى .

ايها السادة

ان هذه الاسابيع الاخيرة من رئاستي لجمعيةكم هي في الوقت نفسه الاخيرة التي اصرفها في سورية واتني لكبير الاسف ، وارجو منكم ان تحققوا ذلك ، ان اترك بلادكم الجميلة .

فقد لقيت في خلال هذه السنوات الاثنتي عشرة التي صرفتها في سورية من الصداقة والاشراك بالعمل المثر مع من تجمعني بهم هذه القاعة ما لا يحصى اثره من ذاكرتي ، وما اشكرهم عليه شكراً متروناً برفان الجليل .

ان اول من استقبلني في دمشق هو الاستاذ ترابو الذي تقدرون جميعكم

مواهبه العالية فقد ترك الجيش مخصصاً نفسه لدرس الامراض الاقلية السورية ولا يخفى ما لهذا الامر من القيمة .

ولقيت في الستينيتين قضيتها في معهد الطب العربي من عطف الرئيسين منيف المائدي ومصطفى شوقي ما اذكرة بمزيد الشكر . ومن الاستاذين مرشد خاطر ونظمي القباني ما ينم على صفات عالية وصداقة غالية وقبل ان ادعو العليم يوسف عرقنتجي مدير الصحة والاسعاف العام في الجمهورية السورية الى الجلوس في كرسي الرئاسة ليسمح لي ان اذكره بالصلات التي تجمعنا منذ السنة ١٩١٩ . فقد وضعنا كثيراً من المشاريع المتعلقة بالصحة العامة في سورية غير ان معظمها لا يزال قائماً في ربابد الوزارات فسي ان يتحقق بعضها في ايامه .

.....

ثم جرى الاقتراع السري فاسفر عن النتيجة التالية

العليم منيف المائدي	نائب الرئيس
انستاس شاهين	السكرتير
عزة مريدن	
نظمي القباني	الحازن
عبد النبي المحلجي	امين السجل

وعينت لجنة لتدقيق حسابات الحازن مؤلفة من السادة : مرشد خاطر ، جمال نصار ، منير السادات شوكت القنوازي ، ياسين النجعة . على ان تقدم تقريرها في الجلسة المقبلة

ثم اعتزل الرئيس السابق الكولونيل سوليه كرسي الرئاسة ودعا اليه الرئيس الجديد المليم يوسف عرقتنجي مدير الصحة والاسعاف العام فلفظ سمادته كلمة كلها ثناء على الرئيس السابق هذا نصها :

خطاب الرئيس الجديد المليم عرقتنجي

زملائي الاعزاء :

اتي ادغب في ان ابين لكم ما يحويه قلبي من الشكر بلا أوليتموني من الثقة بانتخابي رئيساً لاجتماعاتكم . وان جميعكم المؤسسة منذ ثلاثة أعوام لا تزال أعمالها بفضل التواد وحسن الاتفاق بين اعضائها آخذة بالتوسع وعدد اعضائها بالازدياد وقيمة اعمالها العملية بالارتفاع واني لمتيقن ان تتبعكم المفيد للعلم سيزداد بفضل مواظبتكم على هذه الاجتماعات التي تدفكم اليها عواطف سامية والتي نرى نحن الاطباء ان من احبها ينال حب الصنعة .

زملائي الكرام

ان من اعظم منحه هذه الرئاسة عندي هو التمييز عما في صدورنا من شعور نحو الرئيس السابق الطبيب الكولونيل سوليه

يا حضرة الكولونيل

يهمني جداً ان أبدي لكم بمناسبة سفركم المقبل باسم الجمعية الطبية الجراحية بدمشق وباسمي الخاص الاسف الذي ستركه سفركم هذا في سورية وقد قدركم الجميع منذ السنين العديدة حق التقدير اثناء قيامكم بمهامكم :

رئاسة الجمعية الطبية الجراحية بدمشق ، جراحة المستشفى العام ، رئاسة اطباء
المستشفى العسكري .المستشارية الفنية للصحة والاسعاف للجمهورية السورية .
ان اقامتكم الطويلة في سورية لم تكن عبثاً وان خصالكم العالية ونجابة اصلكم
الفرنسي وجدكم وعلمكم وتواضعكم وكرم اخلاقكم وشرفكم العسكري ستكون
لنا مثلاً ودرساً . وانكم ستغادرون الشرق عائدين منه الى فرنسا متممين
عملكم مراتحي الضمير والوجدان . وبالحنان نرجو يا حضرة الكولونيل قبول
فائق احتراماتنا واتنا تمنى لكم ولائسرتكم الكريمة السعادة والهناء .

.....

واقترح العالم مصطفى شوقي رئيس المعهد الطبي بعدئذ ان تشترك
الجمعية الطبية الجراحية بالمؤتمر الطبي المصري العاشر الذي تعقده الجمعية
الطبية المصرية في بغداد في ٩ شباط سنة ١٩٣٨ اشتركا علماً ورغب في ان
يُشد المشتركون اسماءهم في الجلسة نفسها فاجل البحث في هذه القضية الى
جلسة كانون الثاني المقبلة .

ثم ارفض الاجتماع والاعضاء جميعهم مغتبطون بسير الجمعية في خلال
سنواتها الثلاث ومثثون على همة امين السر العليم اسعد الحكيم الذي ادار
دفتها في سنتها الاخيرة بكل حكمة وسداد وراجين لها في ظل رئيسها الجديد
وامين سرها النشط التقدم والازدهار

م.خ.م

.....

جلسة الثلاثاء ١١ كانون الثاني ١٩٣٨

بعد قراءة محضر الجلسة السابقة والتصديق عليه قرىء :

١ - تقرير اللجنة المهود اليها بالنظر في حسابات الخازن عن سنة ١٩٣٧
٢ - بحث المليح ترايو ومرشد خاطر في تشنج وجهي نصفي مزمن
معالج بطريقة سيكار : هو تشنج وجهي نصفي ايسر شعر به المريض اذ افاق
من نومه شيه بلقوة سابقة يعنى تسترها الآن علامة شارل بال . وقد افضت
كحولة (nicoolisation) المصب الفكي العلوي التي اجريت خطأ مع ان
التشنج لم يكن قط مؤلماً الى زوال التشنج الآتي غير ان الشفاء التام لم يقع
الابد كحولة المصب الوجهي ثانية في الثقة الابرية الحشائية . ويستطاع
تعليل هذا التحسن بكحولة الفكي العلوي بيؤدة تمحش في منطقة هذا
المصب محدثة لتشنج المصب الوجهي انمكاساً ويمثل المصب الفكي
العلوي القوس الواردة لهذا الانمكاس والمصب الوجهي قوسه الصادرة
فتكون الكحولة الاولى قد افضت الى قطع وظيفة قوس الانمكاس الواردة
اي المصب الفكي العلوي .

المنافشة : المليح عزه مريدن ، ترايو .

٣ - بحث المليح اسد الحكيم في خلاصة اعمال مستشفى الوليد (الجذام)
السنية : كان عدد المجذومين الذين دخلوا المجتمة في السنة ١٩٣٧ سبعة
واربعين آتين من فلسطين ولبنان وسورية وبلاد الملويين . وكان الجذام
الجلدي الخاطي ابرز الاشكال فيهم . وقد عولجوا بمحقن تحت الجلد بزيت

الشولموغره الغيا كولي، وحقن الوريد بالايثرالاثيريلي، وجرع صابون الشولموغره
وتوصلت هذه المعالجة الى محو الآفات الظاهرة محواً باتاً وتحسين حالة الحور
(neurasthénie) تحسناً محسوساً .

الناقطة . العلماء ترابو ، اسمد الحكيم ، شارل

م . ف .

....

تشنج نصفي وجهي مزمن عولج بطريقة سيكار

للطبيب ترابو ومرشد خانلر

محمد علي الرحاوي عمره خمسون سنة ، دخل المستشفى العام مرتين مصاباً بتقزم عضلات الوجه اليمنى الذي بدا فيه منذ شهرين ونصف الشهر كان عائداً من عمله اذ لفت احد اصدقائه نظره الى ان وجهه متغير الشكل فبداله ان ينظر في المرآة فشاهد فيه منحنفاً الى الاعلى والايمن ونصف الوجه المناسب منجراً الى الاعلى والوراء مع انغلاق العين الموافقة ، فالحالة اذن تشنج وجهي ايمن مستول على مجموع الناحية التي يمصبها المصعب الوجهي وقد حدث هذا المارض بلا ألم قط حتى ان المريض لم يشعر به بل شاهده في الصباح حين النهوض من النوم ، وهذا التشنج مع اتجاهاته الى الاعلى والاسفل تكرر ألام تبدل مطلقاً منذ حدوثه ولم تؤثر فيه المعالجات ، صفصافات الصوتا وسواها .

ولقد كشف الفحص السريري حين دخول المريض المستشفى للمرة الثانية ان العضلات المصبة بالثلث التوائم كانت سليمة ، فالمضغ وحركات الفك الجانبية لم يصبا شيء ، وفي سوابق المريض جذري في ايام الطفولة ، وريض (حمى نمشية) في اثناء الحرب العامة وهو خالٍ من الافرنجي والتهاب الدماغ الوبائي وقد اصيب بلقوة يسرى سببها البرد لم تشف بعد الشفاء

التام فالعين الموافقة لا تزال فيها علامة شارل بال مع اتجاه الى انغلاق الاجفان وتفاعل واسرمان سلبي في الدم ، والبولة الدموية ٦٥ ٪ .
قررنا كحولة (alcoolisation) العصب الوجهي وارسل المريض الى شعبة الجراحة لهذه الغاية .

ادخلت ابرة بوشه في المرة الاولى ٦ - ٧ سانتيمترات بحسب الطريقة المروقة في الحفرة الجناحية بجوار الثقب المدورة الكبيرة حيث يمر العصب الفكي العلوي وحقن بـ ٢ - ٣ سم ٣ من محلول النوفوكاين المثوي وبعد دقيقة حقن بستمترين مكعبين من كحول درجتها ٦٠ ، فزال التشنج كل الزوال بعد دقيقتين او ثلاث دقائق والمين التي كانت منفلقة حتى ذلك الحين انفتحت غير ان التشنج عاد بعد ايام فاجرينا حقنة ثانية بحذاء الثقب الابرية الحشائية حيث مخرج العصب الوجهي من القحف . ادخلت البرة امام ذروة الناقى الحشائي بستمتر واحد مائلة نحو الاعلى والانسي حتى اصطدمت بالقبه الابرية الحشائية وحقن بـ ٢ - ٣ سانتيمترات مكعبة من كحول درجتها ٦٠ فزال التشنج هذه المرة ولم يعد ابداً .

.....

ان هذه المشاهدة مفيدة من قاط عديدة فالريض اصيب بلقوة (فالج وجهي) يسرى بدت خلسة كالتشنج الوجهي المقابل ، فلا شك ان هذه وذاك سيهما واحد لان التشنج النصفي الوجهي الاساسي والقوة التي ظهرت صباحاً سنيهما البرد فاللاحظة الاولى التي يجب الانتباه لها هي ان التشنج النصفي لم يبدُ في الجهة الموافقة للقوة السابقة وليس التشنج

التصني الوجهي قشراً كيف لا والعلامات الاخرى المصيبة المشاركة لا اثر لها ولو انها وجدت لما كانت خضمت للكحولة وهذا ما يقال في اللقوة لان المرض استصمى على جميع المعالجات المستعملة .

ان كحولة المصعب الفكي العلوي مع انه لم يشف التشنج شفاء مطلقاً أزاله مؤقتاً ، وهذا ما حدا بنا الى لفت انظاركم الى هذه المشاهدة وتلميل الحادث الذي تقدمه لكم والذي نشرحه على الشكل الآتي : ان الآفة هي تشنج نصف الوجه المؤلم مع تقلص المضلات التي يعصبا الوجهي وألم في ناحية المثلث التوائم . ففي مثل هذه الحالة لا بد من التسليم بمنعكس ذي محور متجه نحو المركز الى المصعب المثلث التوائم ومحور آخر صادر عن المركز الوجهي باشبائك نوى المثلث التوائم والوجهي ، فالألم في هذه الحال سبب الفعل المنعكس ، ويجوز التسليم في هذه الحادثة بوجود بؤرة تخريش خفية في ناحية المصعب الفكي العلوي يمل بها زوال التشنج التصني بانقطاع القوس الانعكاسية انقطاعاً خفياً . ان كحولة المثلث التوائم تحت الألم والتشنج في نصف الوجه المتشنج المؤلم ومهما يكن فقد انتظرنا عودة التشنج في مريضنا ثانية بعد الحقنة الاولى لنعود الى الطريقة الوحيدة الناجمة في هذه الحال وهي كحولة الوجهي بحذاء الثقبه الابرية الحشائية وهذا ما صنعناه واعطانا النتيجة الحسنة وسينبتنا المستقبل عما اذا كانت هذه النتيجة ثابتة ام لا .

الناقصة : الطيم عزة مريد اتني انصب زوال التشنج في الكحولة الاولى الى فعل النوفوكائين المخدر .

العام ترايو : قد خدر بالكوكائين الجديد المصعب الفكي العلوي الذي لم يكن يشكو اقل ألم . فكيف تملل ان تخدير المصعب الفكي العلوي قد افضى الى محو تشنج المصعب الوجهي اذا لم تقرر بالانمكاس الفكي الوجهي ؟ فوجهة نظرك تثبت فرضيتنا وهي ان الكوكائين الجديد قد قطع غريزياً قوس الانمكاس الحسية التي ذكرتها .

خلاصة اعمال مستشفى الوليد للجذام السنوية

للعلم ابيد الحكيم طبيب مستشفى الوليد

ان مستشفى الوليد بالنظر لوقوعه بعيداً عن مركز دمشق وبالنظر لاختصاصه بتأحية طيبة غير مألوفة لندرة حوادثها في دمشق وهي الجذام ما زال مجهولاً لدى كثير من الاطباء ولهذا احيت تربيته في هذه الجلسة بمناسبة مرور سنة على افتتاحه .

ليس الجذام حديث العهد في سورية بل هو مرض مستوطن فيها منذ العصور القديمة جاءها مع من هاجر اليها من الاقوام وغزاها من القاطنين على اختلاف اجناسهم ومواطنهم . ويستدل من الاخبار التاريخية والاحاديث المتعلقة بالجذام على انه كان متفشياً فيها بصورة مستولية في الازمنة القديمة شأن كل مرض سارٍ في بده ظهوره وقد عرف الاقدمون سرايته فقصت شرائعهم بمنزل المجدوم والابتماد عنه . واول ملجأ بني للمجدومين في سورية هو دار الجذام التي امر بانشائها الخليفة الاموي الوليد بن عبد الملك سنة ٨٨٨ هـ الموافقة لسنة ٦٥٨ م . خارج باب دمشق الشرقي . وجمع فيها المجدومين وعزلهم عن الناس وامر لهم بكل ما يحتاجون اليه من مال ولباس ثم جاء الملك العادل نور الدين في القرن الحادي عشر فاقف عليهم عدة قرى ينفق ريعها على اعاشتهم ومعالجتهم . وما زالت هذه الدار باقية الى يومنا هذا وكان يأوي اليها المجدومون من جميع انحاء العالم العربي حتى اوائل السنة الماضية ثم في القرن الثامن عشر اوقف احد المحسنين اللبنانيين سعد الحوري

داراً في دمشق في حارة خنايا قرب باب المدينة الشرقي . جعلها للمجذومين
المسيحيين وذلك تخليداً لشهداء ابنة له برئت من الجذام في دمشق . ولما كان
وجود هذه الدار داخل المدينة بين الدور الآهلة بالسكان لا يفي بالغاية
التوخاة وهي عزل المجذومين عن الاصحاء . كما ان حالة دار الجذام القديمة
امسحت متداعية لا تساعد على ايواء المرضى ولا تأتلف مع مطالب الفن
في العصر الحاضر سميت مديرية الصحة والاسعاف العامة في دمشق الى انشاء
مستشفى للمجذومين على الطراز الحديث من اموال المصالح المشتركة باعتبار
انه سيضم مرضى البلاد الواقعة تحت الانتداب الفرنسي جميعاً . وقد تكفل
سعيها بالجراح . وبالنظر لتوسع مدينة دمشق وامتداد ابنتها نحو الشرق
وطغيانها على دار الجذام القديمة بني المستشفى الجديد بعيداً عنها في القصير
على مقربة من مستشفى ابن سينا واطلق عليه اسم مستشفى الوليد تخليداً لذكر
المنشئ الاول وقد باشر عمله في بده السنة الماضية .

بلغ عدد المجذومين الذين عولجوا في مستشفى الوليد سنة ١٩٣٧ ٤٧
مريضاً منهم ١٩ امرأة وولدان ٢٦ رجلاً . ومنهم واحد فلسطيني ودهلبانيون
وعشرة سوريون وواحد آشوري و ٢٩ من العلويين . ومن هؤلاء المرضى
٢٢ متزوجون منذ عدة سنوات وازواجه اصحاء لم تسر العدوى اليهم كما ان
لثلاثة عشر مريضاً منهم اولاداً بحالة الصحة . وقد تبين ان المرض موجود
في أسر ١٤ مريضاً وغير موجود في أسر الباقين

وقد شوهد النوع الجلدي والجلدي المخاطي في ٢٨ والنوع المصبي
في ١٧ والنوع الحفي في واحد والنوع الدريني في واحد .

وجل هؤلاء المرضى كانوا مأوفين بقروح واسعة عميقة . وبخريبات مشوهة وائسكالات عظمية وخشكريشات ونواسير وغير ذلك كما ان ١٦ منهم كانوا مصابين بآفات عينية مختلفة على جانب من الخطورة وقد شوهدت عصبيات هانسن مثبتة في ٢٧ مريضاً في النسيج المخاطي الانفي منذ دخولهم المستشفى . وظهر التفاعل المصلي بطريقة مينيكه مثبتاً بنسبة ١ في العشرة ومشكوكاً فيه بنسبة ٤ ٪ . وكانت الدرجة البصرية بالفرن ييريتنول في سبعة مرضى من ١٦ مرتفعة جداً اصغرها ٤١ والمظلي ١٤٩ .

عولج هؤلاء المرضى تبعاً بمركبات الشولوغره الزيت المعدل الفياكولي حقناً تحت الجلد والزيت المعدل حقناً في الوريد والاثير الميتيلي حقناً في العضل وذلك مرتين في الاسبوع وأعطى المرضى صابون الشولوغره في الفواصل وقد استعمل الازرق الميتيلي حقناً في الوريد في ثلاثة مرضى ولم تكن نتائجه تمتاز على مركبات الشولوغره الآتفة الذكر .

وغب هذه المعالجة شوهد التحسن واضحاً في جميع المرضى فزاد وزنهم ولطفت طباعهم وازدهرت صحتهم . وقد خرج منهم عشرة بحالة الشفاء النسبي قروهم مندملة تماماً وقد عاد اليهم حس الحرارة والاللم وجاء تحري عامل المرض في اغشية انوفهم المخاطية سليماً .

هذا والمستشفى محجز اليوم لزيادة عدد مرضاه الى الثمانين في نهاية هذا الشهر وسأوافيكم بوصف مسهب للانواع الجذامية المشاهدة على وفرة اختلاف اشكالها في احدى الجلسات المقبلة .

الناقشة

العلم ترايو : قلت ان المعالجة قد لطفت طباع مجذوميك فاذا اتني بذلك؟
العلم اسعد الحكيم : ان المجذومين في الثالب حزاني قريبون الى الحور
 وميالون الى العزلة والافتراء والاعتداء على من يقوم بادارتهم. وقد حسنت
 المعالجة هذه الحالة النفسية فيهم .

العلم ترايو : اتبد هذه الحالة العقلية في المجذومين جزءاً من مشهد المرض
 السريري وبمباراة اخرى أحدث الجذام نفسه هذا التشوش النفساني ؟

العلم اسعد الحكيم : ان الجذام يحدث هذه الحالة اعتقافاً (indirectement)
 فان المجذومين قبل المعالجة يكونون كما قلت حزاني وميالين الى الشر والاعتداء
 لانهم يشعرون انهم قد عزلوا عن هذا العالم ومنعوا الاختلاط بمن فيه ولا انهم
 يخشون خيبة المعالجة فيهم ولكنهم بعد ان يروا ان آفاتهم الظاهرة قد
 امنت وانهم قد اتجهوا الى الشفاء يعود الامل الى قوسهم وتلطف طباعهم
العلم شارل : أتنشط الشهوة التناسلية في المجذومين نشاطها في السلولين
 كما يروى؟ انك تعلم قصة تريستان وايزولت التي اتخذها وغير موضوعاً
 لأجل رواياتة .

العلم اسعد الحكيم : لا يختلف المجذومون عن الاصحاء في هذه الناحية
 مازالت اعضاؤهم التناسلية خالية من آفات الجذام .

محاضرة عن الامراض المحلية

في معهد دمشق الطبي

الالوان والاصبغة البردائية

للطبيب . ج . ترايو استاذ السرريات الطبية

ترجمة طالب الطب السيد محمد وحيد الصواف

آنسائي ، سادتي !

ألا تتمثل لآ نظاركم لدى سماءكم هذا العنوان الذي اخترته لمحاضرتي اليوم ، اللوحات الجميلة الفتاة لبعض مصورات درس الدماء ؟
أكانت في غير الخابر الصباغي قبل ان كشف لافران الحيوان
الدموي ، هذه الحاليل الملونة العديدة التي استعملت منذ ذلك الحين في
درس الحيوان الجديد وتحريه ؟

انها لعقريه عظيمة تدل عليها هذه الطرق المختلفة في التلوين منذ استعمال
الملونات المشتركة للنوى والهيولى كزرقه المتيلين المبورقة وزرقه لوفلر ،
والتيونين القيني والهيماتوكسيلين ابوزين ، حتى الملونات المختلطة التي يتباين
فيها لونا المنصرين الحلويين والمشتقة جميعها من طريقة رامانوفسكي الى طرق
جانر ولايشمان ولافران وغيره المستعملة في يومنا هذا . ألا يشبه علماء
البرداء هؤلاء النقاشين الدقيقين المنحنيين على لوحات زخارفهم الدقيقة ؟
على اللوحة الملونة بمزيج من الزرقه والحمرة نرى الكريات الحمر التي تحمل

الطفيلى بارزة كأنها الشعار : شعار البرداء ، والتي يمكن وصفها اذا تصرفنا باستعمال لغة فن الاشجرة بأنها جسم مركزي من الصيني الاحمر (gueules) في هبولى زرقاء على حقل من الورد ! هذا هو النظر الذي يترأى لنا متى اتار شعاع شمس حامية محضراً ملوناً بطريقة غيزا بنوره الساطع ! الاقاسيم والاعراس او الاجسام الوردية التي تترقط زرقها بلون الجسيمات الاحمر تسبح في دوائر الكريات الحمر الوردية .

وهكذا عند ما يكون تشخيص البرداء ايجابياً تنضم الى لغة كشف منشأ الداء والى لغة التأكد من شفاء المريض بالكين لغة جديدة هي لغة النظر الى تحفة فنية خلاصة !

..

ان هذه التذكرة التي اتينا بها عن طرق فحص الدم تحقق القسم الاول من عنواننا الذي يتم من الوجهة السريرية درسنا السابق عن اليرقانات . فلندكر لون ملتحمات المرضى ولحفهم : هذه المجموعة من الالوان المتدرجة بنذ الاصفر الشاحب في اليرقانات الدموية المنشأ اجمالاً الى الاصفر القاقع في اليرقانات الكبديّة حتى الاصفر ذي الانكساعات الخضراء والحمر في الحيات الصفراوية المتعوجة . ولندكر ايضاً الوان البول المختلفة : البول الضعيف للون في اليرقانات الحالية من الييلة الصفراوية (acholuriques) . والبول الاحمر في اليرقانات مع ييلة صفراوية (choluriques) والبول الاحمر القانيء او الاسود البني في الحمى الصفراء ذات الييلة الحضاينية (hémoglobinurique) وان البراز ايضاً يشترك في هذه التغيرات اللونية فيزول لونه في انحباس

الصفراء والاصبغة في قصور الكبد ويصفر الى الخضرة في اليرقانات الصفراوية الدموية .

ولترك الآن جانباً مجموعة الالوان الصفرة ولنتقل الى المجموعة الحمراء وبما اتنا اتينا على ذكر اللون الاصفر ذي الانعكاس الاحمر في الحميات الصفراوية نبدأ بذكر القرفرية البردائية حيث كثيراً ما تطلو البقع المقيية على لون اليرقان الشاحب

ان القرفرية البردائية قليلة نسبة . وقد امسك عن ذكرها كثير من العلماء منهم لافران وفنسان وريو (Rieux) الا انها ذكرت مرتين :

الاولى في مجموعة غرال وكلارك القديمة في ابحاث غرال ومارشو والثانية في مؤلف سالانو ايبان (Salanoue-Ipin) عن امراض الجلد القريبية .

فقد كتب غرال ومارشو : « لم نشاهد القرفرية خارج دور الدنف الا في الاطفال في السنتين الاولى والثانية من عمرهم . » وكتب سالانو ايبان : « ان ما يهتما بصورة خاصة بين القرفريات اليتانية هو القرفرية البردائية هذا الاختلاط المرتبط دوماً بالشكل الصفي الحريفي من البرداء لان جميع المشاهدات التي ذكرت كان الدم فيها يحوي حيوانات دموية من النوع الثلث الحيت وكان المرضى فيها ايضاً معايين دوماً بفقر دم شديد . وقد ذكر اخيراً غايد (Gaide) حادثة مشتركة مع الشرى .

ان اجمال ذكر القرفرية في احدث الكتب الطبية واكبرها او ذكرها بالاختصار الزائد يدلان حتماً على ندرة القرفرية النسبية الا اني اؤتيكم عدة مرات لطخات قرفرية على لحف مرضانا بما ثبت تأكيدات سالانو ايبان

وهي ان القرقرية ليست فادرة الا في الحيات السليمة الربع والثلاث . اما في الحيات الثلاث الحية التي تكثر في بلادنا (سورية) فكثيراً ما تصادف وقد شاهدت بنفسي في السنة ١٩٢٩ خمس حادثات من القرقرية في الجنود الفرنسيين وقعت في ناحية نهر بيروت وقد كشف فحص الدماء المعصورة المبكرة في ثلاث منها اما الباقيتان فقد حدثتا ايضاً في الخيم نفسه في ناحية نهر بيروت وهي ناحية تبين لنا ، اثناء تحقيق قمت به برفقة مفتش الصحة دلماس لرفع به تقريراً الى عصبة الامم ، انها بوثة للحصى الحية .

وقد حددنا للسنة نفسها نسبة الاصابات بالقرقرية البردائية في الجيش الفرنسي المعسكر في تلك المنطقة بـ ٢٠٥٠ /.

فيظهر اذاً ان الحمى الثلاث الحية هي الشكل المولد للقرقرية البردائية . وتتصف هذه متى لم ترافق يرقاناً وخيماً بكونها بسيطة مكونة من لطخات حمراء عتيقة لا تزول بضغط الاصبع ، قليلة العدد تظهر في مرضى مصابين بفقر الدم الشديد وتستقر على الاكثر في الطرفين السفليين كما تستقر احياناً في جميع نواحي البدن مخترمة الوجه دائماً .

اما صفات الدم فقرية من الطيمية اذا اعتبرنا مشاهداتنا الخاصة . فمدة التخثر تتراوح بين ٣ - ٥ دقائق وعلامة الحيطسلية وانقباض الخثرة معتادة واذا اعتبرنا ان في بول مرضانا القرقرين دائماً كمية وافرة من الاورويلين واحياناً كمية من النيلة «indican» وفادراً اصيفة وملاحاً صفراوية وازيلة سكرية اعتدائية شوهدت مرة في احد هؤلاء المرضى امكن ان نتميز القرقرية البردائية - كما نتميزها نحن - الى قصور كبدي خفيف .

ذكر غايد (Gaide) انه رأى الشرى الى جانب القرفرية فهل من شرى بردائي تختلط لوحاته الحرم لطاخات القرفرية ؟ يشبه ابرامي وسنافه (Abrami et Senevet) هجمة البرداء بنوبة تعزع دم يكون فيها الآحين الاجنبي المحدث للنوبة عبارة عن اجسام الحيوانات القسيمة (mérozoites) المنبثقة حديثاً، وتسهل هذه النظرية فهم حدوث الشرى البردائي بعض السهولة .

غير ان حادثة غايد ليست مفردة فقد ذكرت حوادث اخرى لوحظ فيها الشرى في سياق البرداء الحبيثة حيث يتصف بظهور لوحات وردية او بيض ، خفيفة احياناً واحياناً متصلة ، تظهر باكرأ جداً او اثنائه زوال النوبة وقد تكون احياناً النوبة برمتها نظراً لقد الحارة التام حين ظهورها . ويكثر الشرى في الفتيات ذوات الجهاز الحركي الوعائي اللطيف حيث يتجدد كل شهر اثناء الهجمات الحروية التي يوقظها الطمث . أضف الى ذلك ان الشرى سواء رافقته وذمة ام لم ترافقه ليس التظاهرة اللوينية الوحيدة في الفتيات فقد شوهدت فيهن الحمى المعقدة والاندفاعات القرمزية الشكل هذا عدا الحبيبات الدخنية التعرقية التي ترافق في البلاد الحارة كل ارتفاع حروري في الجنسيتين سواء أكلان ناجماً عن البرداء او عن اي حمى بلدية اخرى .

.....

لقد كدنا ننتهي من ذكر الالوان البردائية المريثة وننتقل الآن الى ذكر الالصفة البردائية هذه الاقسام الصغيرة الملونة المجهريية التي تنشأ وتتكون في ملء الاعضاء او في الخلايا وبمضها خاص بالملاريا وبمضها

الأخر وان ظهر في الملاريا فانه يظهر في جملة حالات مرضية اخرى .
 فاذا اخفصنا دماً بردائياً ساعة او ساعتين قبل حدوث نوبة الحمى المتقطعة
 شاهدنا في دائرة الكرية الشاحبة حيوانات دموية بحالة الاقسام وحييات
 صباغها اسود قائم أو محمر هي حييات الهيموزوئين (hemozoine) وبعد
 مرور مدة تجتمع هذه الحييات المبعثرة في البدن، جماعات خطية آخذة احياناً
 شكلاً مشعراً ثم تتشكل كتلة او كتلتين تتوضعان في المركز
 تقريباً ينقسم الهيمولي كريات يؤلف مجموعها الجسم الوردي وتنبثق
 الكرية المريضة في النهاية محردة الاقسام كما تحرر ايضاً كتل الاصبغة التي
 تكون لقمة سائغة تلتهمها البلعيات . اما الحيوانات القسيمة فتدخل كريات
 حمراً جديدة وتحول فيها الى اقسام جديدة لا تلبث ان تترقط بواقط
 الهيموزوئين الدقيقة وقد ينمو بعض الاقسام فيستحيل الى اعراس
 وهي انواع متميزة الجنس من الطقيلي توجد فيها الاصبغة ذاتها .

فاذا نظرنا مثلاً الى الاعراس، وهي هذه الأهلة التي تعرفونها حق المعرفة
 وكثيراً ما شاهدتموها في مرضاكم الميدانيين، ترى ان جسيمات الهيموزوئين
 الالوية الشكل تجتمع في وسط المروس او في احدى نهايتيه، كثيرة التراص
 في الاثنى منه ومبعثرة قليلاً في الذكر، متحركة حركة اهتزازية ترى جيداً
 اذا اخفص الدم طرياً او بالنقطة المعلقة . وتشترك هذه الاشكال المميزة
 الجنس في دور نمو الطقيلي الخارجي حيث تتزواج في جسم بموضة خيفة .
 فلتتركها اذا تكمل « رحلتها الزوجية » ولتعد الى الهيموزوئين الذي تحرر
 مع الحيوانات القسيمة . ان هذه الجسيمات الصباغية تتنظرها الكريات

اليض وتبتلعها حال تحررها .

فإذا انخفض الدم في أثناء العرواء البردائية نجد الكريات البيض فيه محبوسة بمحييات او بالحري بكتل صغيرة من الهيموزوين واذا تبعنا هذه الكريات حتى الطحال بأن نزلنا هذا الموضوع نرى ان هذه الكتل الضباغية تستقر ليس في البالعات الكبيرة (macrophages) وحدها بل في خلايا صغيرة طحالية ايضا وفي خلايا فارشة المروق المغذية للطحال . نستنتج من ذلك ان يمتدوع الاصبغة البردائية البندقي هو الطحال ومنه تنتشر الى الكبد بواسطة الوريد الطحالي ومنها تتوزع في جميع أنحاء البدن .

.....

لذلك وما هي طبيعة هذا الصباغ الناشئ في ملء اجسام الحيوانات الدموية ؟ يقول فرن (Vernes) في تعريفه انه : « محصول تنكيت (désassimilation) ينشأ على وكس خضاب الدم ، اختزنه المصدرات بشكل مركب كيميائي عديم النفع لا يدخل في التطور العام » ، وهو صباغ غير منحل في الحوامض القوية ، يتميز بتماس البوائس ويحل تماماً وبسرعة فائقة في سولفيدرات الامونياك . ويمتاز طيفياً عن الهيماتين بكونه ينشأ بحسب براون (Brown) من هضم خضاب الدم بخميرة حائلة للهولوين يفرزها الطفيلي وهذه الخميرة تحلل وترسب الهيماتين . ويمتاز ايضا كيميائياً عن القتامين (Méfanine) وبما ان المادة جرت خطأ ان يطلق اسم « الامبيغة القتامية » على صباغ الملاريا وان يطلق اسم « الخلايا المولدة للقتامين » على الخلايا المخرجة به لذا يستحسن لفت النظر الى ايضا حاتين المادتين وتمييزهما .

فالتأمين مادة تنشأ من تحولات تطرأ على بعض الاورام التي تلتقي هذا الصباغ حراً في الدوران العام فيخرج منه الى البول. ويظهر التامين بشكل حبيبات سمر حمرة يجتمع احياناً اسطوانات قصيرة ترى في شمريات الكبد وفي وريد الباب ووريد ما فوق الكبد. وهو مادة مبلرة لا تتحلل في الصود بتغير تغيراً طفيفاً بتماس الحوامض الآتية: الآزوتي وكلور المائي والكبريتي. وتشتق ايضاً من الدم وليس من الحضاين لانها تبدي تعاملات الكبريت لا الحديد. وتتأكسد في مقاطع الاعضاء بتماس الاكسجين فتسحق ينما يبقى الهيموزوثين سليماً وهذا الاخير لا يصادف الا في البرداء فقط. لذا كان الهيموزوثين قبل كشف لافران المستبد الوحيد في تشخيص البرداء المخبري. ويجب ان يعتبر دوماً الصباغ النوعي الذي يعد وجوده في الدم او الاعضاء دليلاً قاطعاً على البرداء.

لتحري الصباغ البردائي في الدم: تؤخذ نقطة دم وتمدد بكمية صغيرة من المصل الصناعي ثم تمد على صفيحة وتفحص. فتظهر كتل صغيرة سمر. او سود قاعمة زواياها غير منتظمة، حرة او على الغالب داخل الكريات البيض ويوجد الصباغ البردائي ايضاً في كافة الاعضاء تقريباً وفي العميقة منها خاصة اذ ان هذه الاعضاء تصاب اكثر من غيرها سواء مباشرة او اعتنائاً، بالتفصيل.

فيصادف الصباغ في الطحال في الخلايا الضامة المتحولة بالى بالعات كبيرة مالتاً الى اللون بيجيائه التي تكاد تظلمو على النواة. ويصادف ايضاً في التصلبات الخطية والخلايا الطحالية نفسها. ويصادف ايضاً في اليكريات

اليض الجائلة في الشبكات الشعرية او حرأ في عيون شبكة النسيج الضام ويصادف كذلك في الكلى حيث زدحم الخلايا المولدة للقنامين حول ابطاط الكبات العرقية بينما الكتل الصباغية تحدد بنفسيفسائها السراء محافظ بومان وترتشح في النسيج الضام بين القصيص وتدخل فارشة الاثايب البولية . وقد تسقط احياناً في لمعتها ... اما في المراكز العصبية فيمتد الارتشاح الهيموزوئين الى خلايا فارشة العروق الشعرية التي تسدها احياناً خثر من الخلايا الصباغية... واخيراً رأيت الهيموزوئين في مقاطع الكبدة cirrhose الضمورية البردائية التي اريتكم تكبيرها وهو يحدد العروق الشعرية الشعاعية بين القصيصات ويدخل ايضاً اجسام الخلايا الكبدية فالاعضاء المضرجة هذا التضرج تغير لونها فتظهر مقاطع النخاع والطحال بلون احمر قاتم وتأخذ تلافيف الدماغ لون الاورقانسيه الواسم. ويذهب قسم من الهيموزوئين بالافضية اللفافية حول الاوعية الى العقد حيث يتلف بينما قسمه الاكبر يبقى في الاعضاء حتى ما بعد الموت حيث يكون البرهان القاطع على الاصابة بالبرداء في اثناء الحياة .

....

وليميز هذا الصباغ الناشئ من المصورات عن صباغ آخر كثير التصادف في البرداء وهو الصباغ الآجري الذي يصادف ايضاً في جملة امراض اخرى كالداء السكري الشبيبي ، والتنشؤات الورمية والانسمامات المختلفة . وهذا الصباغ ذو الاسماء المختلفة: هينوسيدرين كونيكة أو روبيجين أوشر (Auscher) ولابيك (Lapicque) يشترك كالهيموزوئين من خضاب الدم ويؤلف ما آت

حديدية فيدي بعد بقاءه مدة معينة في النسج تعاملات الحديد الكيميائية كتلونه باللون الاسمر بتماس سلفيدرات الامونياك وباللون الازرق بتماس كيانوس الحديد والبوتاس وهو غير منحل في المحوامض والقلويات والكحول ويبدو في الاوعية الشعرية كلما دعا داع الى تحرير خضاب الدم بسرعة . فيشاهد فيها في الليلة الحضائية الاشتدادية وفي قفردم بيرمر (Biermer) وفي الانسمام بمولد الماء الشكي او بكلورات البوتاس او بمحامض الفص الناري . اما في البرداء فقد رأينا في الاصابات الخطرة او الشاملة او في الاصابات المتوالية ان الكبد لا تتمكن من ضبط جميع خضاب الدم المتحرر فجاء اذا كانت كميته كبيرة فيذهب قسم منه الى النسج حيث ينتظر دوره ليحول في الكبد الى صفراء البول . فاذا ما طال انتظاره لتراكم العمل على الكبد تحول شيئاً فشيئاً في هبولى الانسجة الى الصباغ الآجري المعروف الذي يعتبره مانسون (Manson) خضاب دم مرسباً . فيرى هذا الصباغ الى جانب الهيموزوين بشكل كتل صغيرة مخضرة في لب الطحال وجسيماته وفي الغدة الصفراوية وقد تكتنظ به الكبد المتصلبة في بعض البردائين حتى انه يكون معها حالة مرضية خاصة هي : التكبد البردائي الصباغي . وصف هذا التكبد باسهاب كلاش وكينر (Klesch و Kiener) ثم تبهما لانسارو وجيرو دال (Lanceran و Geraudel) وقد درسه قبل ذلك علماء عديدون فأسموه الكبد الحديدية . وترافق سيره عادة في البردائين القدماء اضطرابات هضم وهجمات يرقان مع آلام كبدية : يترب الجلد وتضخم الكبد وتؤلّم ، يكبر الطحال كثيراً فيتجاوز حافة الضلوع الكاذبة

الى مسافة كبيرة وتتمكن اليد الجالسة من تعيين حدوده اذ تشمر بالرافع الصغيرة الناشئة عن التهاب ما حول الطحال المرافق . فقر الدم واضح ويظهر الدفت بعد عدة هجمات حمية متوالية . ثم تقضي النزوف المتكررة على حياة المريض . وتشترك من الوجهة التشريحية المرضية ، اعضاء اخرى في سير الداء فهو بالحقيقة ارتشاح حديدي حشوي مستول مع تكسب كبدي . تبدو الكبد في فتح الجثة بلون الجلد القديم مع حافات تختلف درجة تلونها ، المشكلة مسمرة ، عقد سرة الكبد وعقد فرجة ونسلو وعقد الضفيرة البطنية (cœliaque) سمر كستناوية ، القلب رخو ومسود ولا تنجو الكليتان والتدد اللعابية والحصيتان من هذا الارتشاح الصباغي .

وتتخضب الكبد بصورة خاصة بالصباغ الآجري الذي يشاهد في الخلايا النكبديّة المنشأة وفي اعضاء المروق الشعاعية وفي السحب الليفية الناشئة عن تصلب الكثيف حول الجملة البابية . ويشاهد ايضاً في الخلايا النيلة بشكل حبيبات مجتمعة في منشأ القناة الصفراوية تشغل احياناً في الحالات المتقدمة كامل الجسم الخلوي فاذا لم تسرع خلية الكبد المزدحمة بهذه المواد الى الاستعالة يزداد تفاعل النسيج الضام في الكبد ويجزى شيئاً فشيئاً الكتل القصيبية أولاً ثم يدخل بين الخلايا نفسها فيحدث التكسب الوحيد الخلية الذي يشاهد ايضاً في التكسب الضموري . وتتملأ الاوعية بالاصبغة حتى يخل معها احياناً ان المروق الشعرية مسدودة تماماً بالخلايا الفارشة المتوذمة والحشوة بالحييات . وتمحذ احياناً القنوات الصفراوية حذو المروق فتبدو مرصوفة بهذا الصباغ . فالداء في الجملة تصلب كبدي حول

الجلطة الباية وحول الجلطة فوق الكبد يراققه ارتشاح الصباغ الآجري في الخلايا النيلة وفي النسيج التصليبي الجديد وفي اعضاء المروق وفي مفرعة (ايتاليوم) القنوات الصفراوية .

والتكسب الصباغي البردائي حالة مرضية محددة تماماً سواء أمن الوجهة السريرية ام من الوجهة النسيجية المرضية وهو اختلاط خاص بالبرداء يدل عليه وجود الصباغ الآجري الذي يصادف في جملة حالات مرضية اخرى مما يحمله اقل دلالة على البرداء من الهيموزوئين ، الا ان كثرته الخاصة في هذه الخلطة تجعل منه علامة واضحة . ونجد الى جانب الصباغ الآجري الهيموزوئين الذي يمتاز بتوزعه الخاص في اجزاء العضو المختلفة ويظهر ان وجوده في هذه الخلطة ليس الا لدعم الطبيعة البردائية للداء . ويحقق التكسب الصباغي البردائي بصورة عجيبة تركيب جميع اصطفة البرداء

واذا اختلف الصباغ الآجري عن الهيموزوئين بمواصفاته الكيميائية وتوزعه العضوي المجهري فانه لا يختلف عنه في المنشأ . ينشأ الصباغ الآجري من تحول خضاب الدم في الخلايا وينشأ الهيموزوئين من تحول مشابه في خضاب الدم يجري في هيولى الطفيلي نفسه وبثأثير مفرقاته . وخضاب الدم جسم مركب من مواد عديدة لا تشترك جميعها بالوظيفة الصباغية فهو مادة نظيرة الهىولى لونية « chromoprotéide » مركبة من مادة نظيرة الهىولى ومن كزيوين (globuline) شبيه بجميع المواد نظائر الآح الاخرى ومن صباغ خاص يسمى هيماتين يتحلل بصورة دائمة في السكبد الى حديد و صفراء بول . والهيماتين هذا هو في الحقيقة الجزء الملون في

خضاب الدم وهذا هو المغذي الحقيقي لجعبة البرداء اللونية الكثيرة الغنى والتنوع نستنتج مما تقدم ان بين الاصبغة والالوان البردائية وحدة منشأية . فيمكننا ان نمر بسهولة من الالوان المجهرية والعميقة الى الالوان العيانية السطحية وهذا المرور يتجلى بالقناع البردائي المرئي الخاص بهذا المرض . هذا القناع الذي طالما شاهدناه على وجوه مرضانا المتكبين والمريوقين والمدنفين يباين بشكله الفراسي ولونه الاسمر او الاسود اصفرار الوجه العام : زور (thorax) القراشة الى ظهر الانف وجناحاها الى الوجنتين .

ففي البرداء المزمنة يستولي الصباغ الآجري على طبقات الجلد العميقة وعلى طبقة خلايا ماليخي منها في الخاصة حيث يتحول لونه بتأثير اشعة الشمس النافذة في البلاد المدارية وقرب المدارية فيميل الى اللون الاسمر او الاسود . وتحمل هذا القناع اجزاء الوجه الاكثر تضرراً لاشعة الشمس الكيماوية وهي في بلادنا الأنف والوجنتان لان مرضانا يغطون الاجزاء الباقية من وجوههم بالشملة (الحمار) ان كانوا نساء وبالكوفية ان كانوا رجالاً .

والقناع البردائي خاص بالاشكال المزمنة وبالاشكال الحبيثة المستمعية على الكينين التي غالباً ما يكون عاملها المصورات المبكرة (præcox) وذلك لان الاثنان الطقيلي يكون على اشده في الحمى الحبيثة . فتشعب الكريات الحمر قبل انبثاقها وتظهر فيها حييات ماورد الملونة دالة على نقص كبير في الخضاب . ومتى بدأت النوب الحبيثة بلغ تكثر المصورات المبكرة درجة عظيمة حتى تغدو نسبة الاقسام للكريات أقسومة واحدة لكل ٢٠ - ٢٥ كرية حمراء ويمادل هنا ٢٠٠٠٠٠ طقيلي في الملم ٣ من الدم . اما بقية اشكال

البرداء فاقبل انتشاراً وتكثراً .

فالمصورة المبكرة اذاً اكبر مدمرة للكربيات واليها يرجع منشأ الالوان
الصفراء ذات الانعكاس الاخضر او الاحمر التي تشاهد في الحيات الصفراوية
المنسوجة الخفيفة . واليها يرجع ايضاً منشأ الالوان الحمراء في اليرقات الوخيمة
وفي الحماروية ذات اليلة الخضائية .

.....

فالالوان الصفراء والانعكاسات الخضراء والحمراء والأصطفة السوداء
او الآجورية كل ذلك يعود في النهاية سواء مباشرة او بالواسطة الى الهيماتين
وحده . وتقوم بالتحولات التي تطرأ على هذه المادة الملونة الحيوانات الدموية
وحدها سواء أكان ذلك مباشرة ايضاً أم بالواسطة . وانشط الحيوانات
الدموية في هذا العمل هو حيوان الحماري التلث الحبيثة المسمى بالمصورة النعلية .



مقتطفات حديثة

جمها ولخصها الطالب السيد صباح المالح

١ - موات الحنك في عقب التخدير الموضعي - (Nécrose palatine après anes-

thésie locale) : تعددت اصابات موات الحنك في عقب التخدير الموضعي ،
فجذب الاطباء في البحث عن الاسباب لاجتناب الوقوع في هذا الخطر وتوصلوا
الى معرفة الاسباب التالية التي قد تكون السبب الاكيد .

١ - ينسب بعضهم هذا العارض الى تلوث المادة المخدرة بآثار الكحول
فقد جرت العادة ان يمس الجراح حيازة المخدر في الكحول قبل كسر رأسها
وملاء الحقنة كي لا تتلوث الابرة به اذا مسته كما ان بعضهم يحفظ الحقنة أو
ابرتها فقط في الكحول قبل استعمالها . ويجتنب هذا الخطر بالاكتفاء بتلييب
رأس الحيازة قبل كسرها ، او اغلاء الحقنة والابرة قبل الاستعمال .

٢ - ويقول بعضهم ان لكيفية الحقن أثرها الكبير فيجب حقن المخدر
بطيء ولطف زائدين وذلك لان مخاط الحنك تفصله عن العظم في البدن
طبقة شمعية تجعل المخاط مرماً ، ولا وجود لهذه الطبقة في الهزل لذا كان
الحقن بالمخدر بشدة في هؤلاء يؤدي الى انفصال المخاط عن العظم - لنقص
مرونته - فيكون ذلك السبب في حدوث الموات .

٣ - ويذكر بعضهم فعل الجرثام الاثنائية الكبير في احداث الموات

المذكور كما يشاهد في المصابين بالامراض الاتانية ، وكما يحدث اذا لم يعان الجراح بطهارة آلاته وساحة العملية طهارة يمكنه الاطمئنان بها .

٤ - - ويزعم بعضهم ان لاستعمال صبغة اليود فعلاً في ذلك ولو كانت ممددة ، كما ان بعضهم ينسب ذلك الى الادرنالين الذي قد يكون في الغدد لدى استعماله في التأقن ضدّه . غير ان هذا السبب ضعيف لا يثبت الاحصاء ولا صحة ايضاً لما يدعيه البعض من ان للغدد او ما يدخل في تركيبه كالكودبازيل وكلورور الصوديوم وسواهما أثره في احداث الموت .

٢- السكر في نخر الاسنان (Le sucre dans la carie dentaire) : لم نزل

تليل نخر الاسنان ناقصاً رغم كثرة النظريات والمطالعات التي نستطيع قسنتها اجمالاً فحين نقول بالاسباب الباطنة واخرى تنكرها وتقول بالاسباب الظاهرة .

على ان ما لا يختلف فيه الفريقان هو دور السكر في تكوّن النخرات السنية وتطورها ، وليس أدل على ذلك من نخر أسنان ضائمي السكاكر والمریات الهائل ، ومن النخرات الكثيرة التي تصيب اسنان الاطفال الذين يكثر من تناول السكاكر والشوكولاتا ولا ينظفون افواههم جيداً .

وقد نبه بعضهم مؤخراً - في تليل ذلك - الى ان للمصيات المحبة لمعوض في التهم أثرها في احداث النخر وبرهنوا بحذف المواد السكرية من القائمة الغذائية فوجدوا تحسناً سريعاً في حالة الاسنان .

ويذكر اباتشفسكي (Apatchevsky) مشاهدات ذات قيمة في هذا

العدد منها ان فتيات كن زرنه منذ سبع سنوات باستمرار فلم يكن يجد في افواههن

نخرات حديثة او نكساً نخر سابق . وفي زياراتهن الاخيرة اي في سنة ١٩٣٦ اخذ يلاحظ في اسنانهن نخرات هائلة ممتدة وكثيرة ونكساً في بعض النخرات القديمة التي كان قد احسن معالجتها . ولم يبدِ الاستجواب والفحص العام شيئاً تستطاع نسبة السبب اليه .

غير ان احدهن صرحت مرة في اثناء حديثها أنها تعودت منذ عام ان تأكل قبل النوم شيئاً من السكر لان بعضهم نصح لها بذلك للسمن . وبعد ان رأى الطبيب ان من المبعث نصحن بالاقلاع عن هذه (الموضه) التي صمّ انتشارها نصح اليهن ان ينظفن افواههن واسنانهن جيداً قبل النوم وفي عقب اكل السكر ، فرأى بعدئذ ان بعض النخرات التي كانت سطحية لم يسرع سيرها وتطورها ولم ينكس شيء من النخرات الكثيرة التي عالجها لهن ولم تنخر سن جديدة بعد ذلك .

ويذكر بواتل (Boitel) نظرية له يدعمها بمئات التحاليل والملاحظات . وخلاصة نظريته هذه ان لعمل الغدد الصمّ والنسبة الكلسيوم الى الفوسفور في الدم علاقتها في حدوث النخر . فهذه النسبة ينبغي ان تكون في الحالة الطبيعية كنسبة $\frac{1}{4}$ فان نقص عيار الفوسفور ظهر النخر كما يحدث حين تناول الكثير من السكر . فاذا حذف السكر من القائمة الغذائية يقوى عيار الفوسفور في الدم ويحول ذلك دون حدوث النخر .

ويؤكد نظريته ايضاً بمشاهدات تشير الى اعتماد اسنان للمصابين باليلة السكرية للنخر ونقص هذا الاعتماد بالتدريج في عقب المداواة بالانسولين .

٣ — تطهير الفم (antisepsie buccale) يحتوي الفم في الحالة الاعتيادية في اكثر الاشخاص على فضلات الاطعمة وعلى جراثيم وذيفاناتها وعلى نفوذات ومواد مخاطية وعلى قلع لين ومتصلب. فتي اراد الطيب تطهير فم مريضه يجب ان يتخبط له مادة مهلكة للجراثيم وغير مؤثرة في خلايا البدن وأنسجته. ويحسن ان نشير الى انواع الجراثيم التي تتأثر من الادوية. فالتيمول مثلاً يؤثر بشدة في المسكورات المقدية والمنقودية والبريميات ، والقورمول يؤثر بقوة في جميع جراثيم الفم. اما القنول فعمله المؤثر في الجراثيم هو في حكم المدم. ومحلول فوق بورات الصودا الخفيف عمله محدود. والماء الحمض ومحاليل تحت الكلوريت ليست كافية لسد الحاجة فلنصنف الادوية المطهرة اذن بحسب فعلها :

- ١ — ادوية مهلكة للجراثيم المفعنة كالقورمول وفوق بورات الصودا او الماء الحمض والتيمول الخ...
- ٢ — ادوية تعدل وسط الفم وتجعله قلوياً كثاني فحات الصودا وماء الكلس وبورات الصودا ومائة المانيزا الخ...
- ٣ — ادوية منشطة لدفاع المخاط بدون ان تهيجه كالقورمول بنسبة كبيرة ، وادوية تؤثر في الاحوال القرحية والجروح فتمنص او تدخل بخاصتها الشعرية في الفسحات السنية ، وهي المواد الملونة المستعملة بشكل محلول غليسريني
- ٤ — ادوية تحمل او تيد الشحوم والنفوذات المخاطية الخ... كالصابون الطبي.

هـ - ادوية مطهرة مضادة للتعفن ومزيلة للروائح الكريهة كفوق
 منضات البوتاس والماء الحمض وخلاصة النعنع والانيسون الخ . .
 وعلى هذا يمكن للطبيب ان يشير باستعمال الحاليل البسيطة الفعالة
 كحللول القورمول بنسبة $\frac{1}{10}$ ممزوجاً بالتيمول حتى الغرام في الألف
 مثلاً مع الاطمثان الزائد الى مفعوله الاكيد



المؤتمر الجراحي الفرنسي السادس والاربعون

٣.

استطابات التوسط الجراحي وطرق التجبير في كسور جسم

الساق المثقبة

لحقها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع مازل دوينيه من باريس وكرايسل من ليون .
وبعد ان ذكرنا الحقبة التشريحية سريرية وجاءت بلحة عن الطرق المختلفة المستعملة
جربا وضع استطابات المعالجة بتعصيمها عدداً عديداً من الاحصاءات وهو
عمل شاق جداً قاما به ويشكران عليه ويجدر بمن يود التقصي العودة اليه .
واختصاره في هذا البحث ليس بالامر السهل .

وقد كانت خلاصة هذا العمل النتائج التالية :

١ - ان كلاً من الطرق المستعملة اذا ما اتقن لا يستحق النقد
الجراح الذي وجه اليه بسبب بعض الحوادث التي خابت المعالجة فيها . وقيمة
الطرق على ما يرى الباحثان تابعة لقيمة الجراحين القائمين بها وقيمة المعدات
التي يحوزونها . فان مستقبل المكسور اقل علاقة بطرق المعالجة التي سيعالج
بها منه ببراعة الجراح الذي سيقوم بالعمل وباتقان المعدات التي سيستعملها
في ابراز عمله .

٢ - وبعد هذه التحفظات نستطيع القول ان طريقة التجبير كافية في ايماننا لرد الكسر الحسن اذا ما كانت الممدات المستعملة مطابقة للقرن الحديث (جهاز التمديد، مراقبة شعاعية ورسم شعاعي) غير ان ضبط الكسر بالجبس وحده لا يكفي فان رد الكسر ولو اتقن لا يستطيع ضبطه في الكسور الحلزونية وقد يكفي في الكسور المتروضة اذا ما روقت عن كسب وليس هذا الامر متيسراً في شعبة تنفي بالجراحة العامة ومرضاها كثيرون .

٣ - والاستجدال (l'ostéosynthèse) الكثير الاستعمال يمكننا من الحصول على نسبة عالية من النتائج الحسنة بمعالجة قصيرة المدة . غير ان بعض الاختلاطات ممكن حدوثها فيه وان تكن قليلة ونفي بها التهاب العظم . وعدم تحمل الجهاز . واضطرابات الدشبذ الاغذائية مع ان هذه الاختلاطات مستطاع التغاضي عنها او اتقاصها اذا اتبعت القواعد التالية : الامتناع عن كل عنف في رد الكسر لان هذا الرد مستطاع اجراؤه بالآلات الجارة ذات الهويات (vis) استعمال ادوات لطيفة في الاستجدال مصنوعة من معدن لا يؤذي واجتناب خنق العظم الشديد بها او نزعها بعد تمام الاندمال .

٤ - وقد استعملت طرق تجبيرية مع نقطة استناد عظمي فكان منها ان سهل رد الكسر وحسن ضبطه خلافاً لما يقع احياناً في اجهزة الجبس العادية التي قد تختل قطع الكسر فيها ولو احسن ردها . غير ان هذه الطرق اذا استثنينا منها تثبيت القطع عبر الجلد الذي تقل استطبائاته اطول مدة من وسائل التجبير الاخرى .

والغاية التي يرمي اليها الجراح في معالجة الكسر هي اعادة العظم الى

شكله التشريحي السابق فهو الكفيل باستعادة الوظيفة كاملة . وتوصلاً الى ذلك تختار الطريقة وفقاً لنوع الكسر فان ما يصلح لنموذج منه قد لا يصلح للنموذج الآخر وما ينجح في مريض قد لا ينجح في مريض آخر فليُنظر في الوقت نفسه في حالة المريض العامة وفي المكان الذي يعالج فيه فان الجريح المعالج في بيته بعيداً عن المراقبة لا يستعمل في تجميع كسره من الطرق ما يستعمل في الجريح المستشفى حيث المراقبة متيسرة ودقيقة . فاذا ما سلنا بمبادئ عامة ترتكز عليها معالجة الكسور الحديثة كان لا بد ايضاً من وضع استطبائات خاصة بكل نوع من الكسور .

أ - المبادئ العامة ، أ - انتخاب زمن الرد : فليكر فيه ما امكن لان رد الكسر سهل في هذا الحين قبل ظهور الوذمة وتقعع العضلات .

ب - التخدير : ان التخدير الموضعي في بؤرة الكسر كبير الفائدة وكاف لرد معظم الكسور ولا سيما اذا بكر في ردها فهو يزيل الآلام في سياق المراقبة الجراحية ويمحو الانعكاسات الناشئة من بؤرة الكسر التي تنجم التفعفات المضطربة عنها . وللتخدير القطني استطبائات واسعة ايضاً واما التخدير العام فلا يستعمل الا متى تمذر استعمال الطريقتين الآتيتي الذكر .

ج - المراقبة الشاعية : لا غنى لشعبة تمنى بمعالجة الكسور عن جهاز سيار للاشعة يستطيع نقله الى قاعة العمليات وقرب سرير المريض وعن غرفة مظلمة قريبة من قاعة العمليات تعامل فيها اللوحات المساسة .

د - اجهزة لرد الكسر : على الجراح ان يتحاشى ما امكنه عن استعمال المسحاة (rugine) والكلبتان (davier) وسواهما من الآلات التي قد

تؤدي أكثر من جهاز الاستبدال واليه يُعزى بعض الموارض في عقب العمليات .

هـ - بعد ان يرد الكسر ويضبط في جهاز ايا كان نوعه لا بد من النظر في الطرف الى مستقبل العضلات والمفاصل باعتناء يبادل الاعتناء باندمال العظم الحسن .

و - لا يستطيع في الغالب التوفيق بين تثبيت الكسر والحفاظ على وظيفة الاقسام الرخوة الابمراقبة صارمة وطويلة .

٢- الاستطابات الخاصة بكل نوع من الكسور ، أ - الكسور الحلزونية ، الكسور الرثية حديثاً (في الايام الاربعة او الخمسة الاولى) ان الرد التجبري في هذه الحادئات ممكن دائماً واذا كان من جدال في طرز الضبط وفيه ثلاثة حلول :

اولاً : الرد التجبري فالتثبيت الآتي بلا فتح بثورة الكسر (اطار بوهلر ، جيس مسلح بالسفايد broches ، تثبيت بثورة الكسر عبر الجلد والنخ)

ثانياً : الرد الآتي بالجر وفتح بثورة الكسر والعين تراقب فالتثبيت بجهاز استبدال صغير خفيف الأذى وكاف للتثبيت ويظهر ان افضل وسيلة لتحقيقه طريقة دانيس

ثالثاً : التمديد المتواصل ، والركبة منمنطقة نصف المنطاف ، بسفود عبر المقب (طريقة كيرشنر - بوتي) فها هي الاستطابات الخاصة لهذه الحلول الثلاثة ؟

اولاً: متى كانت الشروط العامة (السن ، سوء الحالة العامة ، كثرة الرضوض) او الموضعية (وذمة شديدة ، حالة الحنف المشكوك فيها ، خطوط شقوق عديدة) تحول دون اي توسط مباشر على بؤرة الكسر يلجأ الى التمديد المتواصل . فهو افضل طريقة موقته ريثما يتأهب المريض لتحمل احدى الطريقتين الاخرتين على ألا تطول مدته .

ثانياً: متى لم تمنع الحالتان العامة والموضعية التوسط المباشر في بؤرة الكسر يشار بالاستبدال عبر الجلد بالسفايفد الذي يعبه الباحثان اسلم من الطرق الجراحية .

ثالثاً: في بعض الحالات النادرة التي يتمتع الرد الحسن فيها - وقد اصبحت هذه الحوادث شاذة بعد اتقان الطرق الحديثة يلجأ ، اذا لم تمنع الحالة العامة او حالة الحنف الموضعية ، الى الاستبدال الباكر الذي يصبح عملية لا مناص من ضرورة التبكير في اجرائها بعد ان يحضر الجرح يومين او ثلاثة ايام .

واية كانت الطريقة المختارة لا غنى عن الجبس لاتمام الضبط (جيرة تدع الركبة حرة ولا تثبت القدم الا في الايام الاولى) .

الكسور المرئية بعد اكثر من اسبوعين : ليست هذه الكسور سهلة المعالجة كالكسور السابقة . فان الرد التجبري حتى بالجبر العنيف لا يستطيع التغلب على الانكماشات العضلية ولا على الدشبذ القوي المبتدىء . أضف الى ذلك ان الرد الدموي والاستبدال اقل ملائمة في هذه الكسور منهما في الكسور السابقة ؛ فالعملية شاقة والتأخر فاقصبة في الغالب .

ومهما يكن فلا بد من التثبت بالوسائل الممكنة لاتقان الرد جهد المستطاع فقد تكون النتيجة الوظيفية حسنة وان تكن النتيجة التشريحية متوسطة .

ويشير الباحثان في حالات كهذه بمد تخدير المريض تخديراً قطنياً او عاماً بتسفيد العقب ومحاولة الرد بالجر العنيف في اطار . تكشف البؤرة وينزع الاعتراض اللبني وتحرر الحنف مع الامتناع عن سحي العظم ما امكن ويضبط الكسر بالتطويق وفقاً لطريقة دانيس او بتسفيد العظم والعين تراقب ب — الكسور المعترضة او المنحرفة : تختلف هنا معضلة المعالجة فهي لا تقتصر

على الضبط وحده لان الرد صعب فيها والضبط سهل ذلك لان في الكسور المعترضة او المنحرفة انحرافاً خفيفاً تشابكاً واتجاهاً خفيفاً الى التبدل بحسب المحور الطولي . ومع ذلك فالتزوي ممكن الحدوث في الجهاز الجبسي والاندمال بطيء جداً وغير متين ولهذا يخشى من التشوهات الثانوية . اضف الى ذلك ان طرق الضبط ليست وافية بالمراد في هذه الحالات .

الكسور الرمية في الايام الاولى : ان الرد السريع واجب فيها اكثر مما في الكسور الحزونية على ان يقتصر على الرد التجبيري وحده ، ولا يلجأ الى التوسط الجراحي الا في الحالات التي تمذر فيها الرد واثبتت المائدة الشمامسة هذا الامتناع .

اولاً : في عدد عديد من الكسور ييسر الرد بالجر الآلي على منضدة التجبير او في الاطار فكيف يحقق الضبط في هذه الحالات ؟ يجيل في معظم الحالات بعد ان يتم الرد ان قطع الكسر متماسكة وان الضبط (contention)

في جهاز جبسي كافٍ على أن يراقب مراقبة دقيقة اجتناباً للتزوي . ويظهر في الحالات الأخرى بعد رد الكسر أن القطع لا تضبط ضبطاً حسناً (الكسور المنحرفة، الكسور المثلثة القطع مع قطعة صغيرة معترضة) وأن تزلزها وهي في الجهاز الجبسي ممكن الحدوث فيشار حينذاك بطريقة بوهلر أو بالتمديد المتواصل والجهاز الجبسي ممأ . ولتعماش في هذه الحالات عن الإفراط في الإصلاح لأنه يعوق الاندمال .

ثانياً : متى لم يكن الرد المرضي مستطاعاً يفكر في أحد هذين الحلين : الرد التدريجي بالتمديد المتواصل أو ، وهذا ، ضمن ، الرد الجراحي الباكر إلا إذا منغ سوء الحالة الموضعية هذا التوسط .

الكسور المثلثة بعد اسبوعين : يتمذر الرد التجبري فيها فإذا كان . التبدل كبيراً ولم تمنع الحالة العامة التوسط ، يستجبد العظم .

ج - الكسور المديدة القطع : سواء أكان الكسر مفتعاً أو كان مفتعاً وكثير القطع والشقوق يمتنع في هذه الحالة عن التوسط في بؤرة الكسر . غير أن الضبط في الجبس فقط حتى بعد الرد التام لا يكفي في الغالب بل يمرض الطرف للتكسوم والانحناءات الثانوية . فضلاً عن أن كثرة الآفات الجلدية تمنع كل توسط موضعي آني .

أولاً : أن عدداً عديداً من هذه الكسور يعالج بالتمديد المتواصل وبدعم العظم فقط .

ثانياً : تسمح الحالة الموضعية في بعض الحالات بتحقيق الرد الآني . غير أنه لا يستغنى عن اكمال الضبط في جهاز جبسي بالتمديد المتواصل تحت

الجبس او بتسفيد العظم (طريقة بوهلر) الذي تحتجب فيه التكمومات الثانوية
 د — الكسور المزدوجة مع قطعة كبيرة ممتزعة: لا تخلو معالجتها من الصعوبة
 فان التأثير في القطعة الممتزعة مستحيل عادة سواء أباجر الآلي أو التمديد
 المتواصل. وتفضي الحالة في الغالب الى تباعد القطع وتمذر اعادة القطعة الممتزعة
 الى محور الطرف. والرد الجراحي الذي يفضي الى نتيجة تشريحية مرضية
 يرض القطع للتشخر.

ويصعب في حالة كهذه سن قانون يتمشى عليه فيجب ان يجرب أولاً
 الرد الكافي بالوسائط الخارجية فاذا حصل ولو لم يكن تاماً يضبط الكسر
 في جهاز جبسي. واذا لم يتم الرد بل بقي التبدل كبيراً يلجأ الى الاستبدال
 على ان يرفق بالعظم جهد المستطاع ويستعمل جهاز لطيف للتثبيت. وقد يكفي
 استبدال بوثرة واحدة لرد قطع البوثرة الثانية بالوسائط الخارجية :

٣ — المعالجة المقبلة :

أ — متى اختير التمديد المتواصل يابر عليه فقط ثلاثة الى اربعة اسابيع
 ولا يحمى تلقى القطع الطولي بعدها الا اذا بكر الجريح في المشي بل يحمى
 الالتئام فقط والجبس كاف للتغلب عليه. فتشابه الاعتناءات في هذا الحين
 الحالات المعالجة بالرد الآتي. ولا بد في سياق التمديد من تحقق الرد
 التدريجي بعدة رسوم وليجتنب الافراط في التقويم بتخفيف قوة الجر اذا
 لزم الامر ولتلق الحشكريشات ولا سيما في المسنين. ولتراقب باعتناء شديد
 فوهتا السفود.

ب — ومتى رد كسر حلزوني او منحرف آتياً وثبت في الجبس

سواءاً أشارك معه التثبيت عبر الجلد أو الاستبدال بالاسلاك المعدنية لم يشارك
فلا يجوز المشي الباكر بحسب رأي الباحثين. لأن وسائل التثبيت هذه لا تكفي
لتغلب على تزلزل القطع الطولي الذي ينجم عن الاستناد إلى القدم. فليجتنب
المشي طيلة ٣٠ - ٤٥ يوماً وليظل المريض في سريره أو فليقف مستنداً إلى
عكازين وتثبيت مفصلي القدم والركبة مفضل في هذه الحالة.

وينزع جهاز الجبس الأول بعد ٣٠ - ٤٥ يوماً ويوضع جهاز دلبه ٣ - ٤
أسابيع ويسمح بعد وضعه بوضعية أيام بالمشي اللطيف. وهذا الجهاز هو الأخير
عادة الأمتى ابطاً الاندمال فيعاد ثمانية.

ج. - وفي الكسور المقرضة المتشابكة ولا سيما في الحالات المعالجة
بسفودين مندجين يسمح بالمشي الباكر (منذ اليوم الخامس عشر إلى العشرين)
مع جهاز من نموذج ركلو. والمشي في هذه الحالة مفيد فهو يسرع الاندمال
ولين المفاصل ويمنع ضمور العضلات.

٤ - النتائج:

إن النتائج ثابتة كما ذكرنا ليس لقيمة الطريقة فقط بل لقيمة الجراح
الذي يستعملها أيضاً وتقاس قيمة الجراح ليس بمهارته فقط بل بخبرته الطويلة
والمعدات التي يحوزها. ولا يجوز أن تغرب هذه الأمور عن فكر كل من
ينى بمعالجة الكسور بل عليه أن يضمها في المقام الأول.

ثم عرض دانيس من روكسل أفكاره الخاصة وطريقته والنتائج التي
حصل عليها في معالجة كسور الساق واليك مختصر كلامه:

يجازي الباحث معظم الجراحين بأقرانه بحسنات الاستبدال التالية:

١ - التقويم التشريحي التام ٢ - تثبيت القطع التين ٣ - خفة الجهاز الضابط الذي لا يزجج المفاصل المجاورة ويمنع ظهور المضلات ولو لازم المريض سريره . غير ان الاستبدال كما يجري عادة لا يخلو من محاذير كبيرة فان تمرية العظم حول بؤرة الكسر ، وقلع الارتكازات العضلية والسمحاقية ، والرد بالكبتان في مكان البؤرة كل هذا يحمل الرض الجراحي يفوق بشدته الرض البدني .

ولا يفر عن البال ان هذا الرض يمتص دفاع النسيج وينشط المفونات المستطاع حدوثها مؤخراً الاندمال ومحدثاً دسائذ طائفة . وغير نكير ان ادوات الجهاز منذ استعمال القولاذ غير التاكسد لا تنجم عنها تفاءلات كيميائية تذكر ولكنها قد تؤذي بضغطها نسيج العظم . فضلاً عن ان تحملها صعب متى لم تثبت تثبيتاً حسناً .

وقد حسن الباحث نتائج الاستبدال باهتمامه :

١ - تخفيف الرض الجراحي جهد المستطاع

٢ - تحسين طرز الرد وذلك باجتنا الكبتان

٣ - بتقوية الجهاز المستعمل وتلطيف حجمه في الوقت نفسه .

وهو يجتذ التوسط الباكر حيث الاستبدال مستطاع الاجراء والشروط متوفرة ويمده الطريقة الفضلى وليس الطريقة الاضطرابية التي يلجأ اليها متى خابت المعالجة بالتجبير . وهو لا يبعأ بتبدل القطع . وجل ما يجتبه التبدل الثانوي والاجهزة الطويلة التي تثبت الركبة وضيق القدم . والجلبس في زعمه غير كاف للضبط في معظم الحالات ويفضل عليه

رأياً (guêtre) من النسيج المعدني صبّ عليه العاج الصناعي (celluloid)
تلبسه الساق الموضوعة (opérée) ويشدُّ عليها بربط بنوده .
ويرد دانيس الكسر بعد فتح بوترته بحركة تحركها منفذة عملياته
بيداً عن ساحة العملية فتجر الساق وتفضي الى رد كسرها . واستعمال
الكبتان ممنوع .

ولا يمرى الا وجه واحد من العظم ولا يوضع جهاز الاستجدال الا
بين السحاق والعظم وقد اعتنى الباحث بالاستجدال بخبوط القولاذ
والتجبير بالعظم ذي المسام (os purum) فان السلك القولاذي الذي
لا يتأكسد ولا يؤذي ويثبت العظم جيداً مستعمل في تطويق العظم
او خياطته المختلفة .

واكثر الكسور استفادة من الاستجدال بالحیوط ، الكسور الحزونية
التي لا يختلف نموذجها ويستطاع تنظيم طرز خياطتها منذ البدء . فبعد رد الكسر
يوضع نصف حلقة حول رأس البرية السفلى وحلقة كاملة حول رأسها العلوي
وذلك لتثبيت الكسر جيداً . وهذا التوسط سهل الاجراء متى توفرت
المعدات اللازمة لاجرائه . فهو لا يكاد يمرى العظم وتأتيه حسنة اذا
كان الجراح ماهراً .

وقد عالج في شعبة دانيس ٢٨ كسراً حزونياً سبعة جراحين مختلفين
ومرضان فقط نزحاً الجهاز من تلقاء نفسهما بعد اربعين يوماً ومشياً بلا
مسند فقط ما خوطما وفككا دشبدهما . ولم يندمل احدهما . وهو مصاب بالسهم ،
الا بعد ستة اشهر مع تورط طفيف واما الثاني فقد بضع ثانية وجبر بالتطعيم

كما في المرة الاولى .

فهاذان المارضان سيبيهما المريضان تفاسهما ولا يجوز عزوهما الى الطريقة الجراحية . والستة والعشرون الآخرون وبينهم مريضان مصابان بكسر مفتوح فالوا الشفاء بلا مفصل موهم او قصر او تزوير او تيبس موقت بالمفاصل المجاورة . ولم يطفح الدشبذ ولم يستطع جسده الا في اثنين فقط . ويستعيد الطرف وظيفته كاملة بعد مائة يوم في الغالب غير ان احد المرضى الذي تعيق جرحه تأخر نمو العظم فيه ولم يتم شفاؤه قبل ستة اشهر .

ويحمل العظم جيداً هذا الجهاز وقد اضطر المؤلف الى زرع ثلاثة خيوط لان فتلها خرش الجلد . واحد المرضى انقطع خيطه فاستغرق شفاؤه ١٤٠ يوماً . ويترك الجهاز الجبسي القصير ثلاثة اشهر ولا يسمح بالمشي قبل انتهاء الشهر الثاني .

والمؤلف واثق كل الثقة بانه يستطيع في المستقبل اجتناب العوارض الطفيفة التي اتقصت قليلاً قيمة النتائج المحتاجة من الاستجدال ويتمتد ان الاستجدال بالاسلاك الفولاذية طريقة فضلى يستطيع استتمها في معظم الكسور الحلزونية .

ولست خياطة العظم في الكسور غير النموذجية سهلة هذه السهولة ولا منتظمة هذا الانتظام . واذا سهلت الخياطة في الكسور الشديدة الانحراف فليس الامر كذلك في الكسور المعترضة التي يصعب ضبطها . والكسور المتفتة صعب ترميمها غير ان خياطتها تظل حتى الآن الوسيلة الوحيدة في معالجتها الجراحية . وتنشأ هذه الكسور غير النموذجية خلافاً للكسور

اللزونية من صدمة مقصودة وراقبها آفات جلدية شديدة تحول دون التوسط الجراحي فيها . ولعلم مع ذلك ان الحوادث الخمس والمشرين من هذا النوع التي عولجت بخياطة العظم لم يحصل فيها مفصل موهم واحد وقد حصل قصر في حادثة واحدة مقداره ٢٠ ملئراً واربعة ترويات طفيفة وكانت النتائج الجيدة جداً ١٩ والنتائج الجيدة ٢ والنتائج القريبة من الجيدة ١ والنتائج المتوسطة ١ وظل المريض الاخير يرجع عرجاً خفيفاً ولم يستطع الباحث مراقبة مريضين بعد تركهما للمستشفى . احدهما كان مصاباً بكسر مفتوح متقبح والآخر بكسر سليم يرجع انه اندمل اندمالاً حسناً بلاقل طارئة . وعلى الرغم من هذه النتائج الحسنة التي جناها دانيس ليس الجراح باهراً ككافي الكسور اللزونية . ذلك لان التوسط في الكسور غير النموذجية ليس توسطاً معيناً بل تابعاً لحالة الكسر ولان المحافظة على النسيج صعبة .

وقد درس الباحث في فصل آخر استعمال التعبير بطم اجنبي في الكسور المعترضة والكسور الثلاثة القطع وقد اختير العلم من عظم ذي مسام (os purum) من عظم السجل المزال شحمه وآينه ونسيجه الضام بحسب طريقة سفانت اورال (Svante Orell)

وقد حلّ هذا العظم الميت مكان العظم الجديد المأخوذ من الشخص نفسه في معظم الحالات (الا في طم الي) ويستدمي عظم السجل المحضر مكاناً محضراً اتمّ التعضير وتثبيتاً حسناً ليتوافق مع البيئة التي يسكنها ويندمج فيها . يضع دانيس هذا العظم في خندق محفر في العظم ويثبته به

باربعة محويات (Vis) . ويفرز هذا الطم خلال الجوف المحي حتى ملامسة الجدار المقابل للعظم فيضبط الكسر بعد وضعه جيداً .

ويتأثر هذا العظم على الطم الذاتي المحي بهذه الصفات :

- ١ - باختصار الوقت الذي يستعمل في قطع الطم من الشخص نفسه .
 - ٢ - بالحصول عليه في التجارة وفقاً للمقاييس المطلوبة وبسهولة وضعه
- اضف الى ذلك متاته التي تفوق طم البلي ولطف العملية الجراحية التي يستدعيها وضعه خلافاً للتطعيم المحي الذي قد يدعو الجراح الى خلع طرفي العظم خارج الجرح وقطع ارتكازات العضلات والسمحاق .
- وقد استعمل هذا الطم الميت اولاً في المفاصل الموهمة فكانت نتائجها فيه باهرة . غير انه اليوم بعد ان اتقنت الادوات المستعملة في وضعه وسهل التوسط الذي يستدعيه اصبحت مستعملاً في كسور الظنوب المعرضة والكسور

الثلثة القطع .

ولم يمض وقت طويل على استعمال هذه الطريقة لابداء رأي جازم فيها فير ان النتائج التي جنت حتى الآن مشجعة واذا كان هذا التطعيم قد نجح نجاحاً حسناً في المفاصل الموهمة فخري به ان يكون نجاحه باهراً في الكسور الحديثة .

الناقشة

لموت : ان اختباره الطويلة التي تتجاوز الثلاثين سنة ومئات كسور الساق التي عالجها في سياق هذه المدة تدعوه الى القول بان ٩٠٪ من كسور الساق تستدعي المعالجة الجراحية . وهو يجذب الانتظار الى اليوم الثاني عشر

او الخامس عشر ريثما يكون الورم الدموي قد ارتشف. وبعد ان يرد الكسر جيداً يسحو السمحاق عن العظم ويثبت بالخارجي الذي يفوق بحسب رأيه الوسائل الاخرى المستعملة في كسور الساق فان نبذ المثبتات المنظرة في الساق واجب في معظم الحالات .

جاكوبوفيتشي : أتاحت له معالجة كثير من كسور الساق وكان يختار للمعالجة الجراحية . وهو يستعمل جهازاً يشرك فيه التطويق بالشريط مع مثبت خارجي من نموذج جوفارا حتى لا يكون مضطراً الى ترك الجهاز في مكانه بل يستطيع نزعها بسهولة . والتأثير التي جناها جيدة .

شبارولازا : انى باحصاء شخصي مشتمل على مائة حادثة معالجة بالتجبير مع جرّ بالسفود او بدونه والتأثير الوظيفية فيه حسنة . وان درس الرسوم الشاعية ومعدل العجز يثبتان ان الاندمال التشريحي التام لا يفضي حتماً الى نتيجة وظيفية حسنة والعكس بالعكس . فهو لا يحبذ رأي الباحثين والممارين لهما في استعمال الاسجندال للحصول على وظيفة حسنة .

باز توبا : تدخل طواريء كثيرة شعبته فهو يحبذ التوسط الجراحي العاجل الذي استعمله في ٧٤ حادثة من ٨٩ عالجها . فكثيراً ما يثبت القطع بمخلب جاكويل وينزعه بعد ١٥ يوماً . ويستعمل معالجة ترويضية واستحارية (diathermo-thérapique) (١٥ - ٢٠ جلسة) فتستعيد المضلات قوتها ويتمكن الجريح من ازالة عمله بسرعة . وقد توصل هذا المؤلف بتديره هذا الى حذف معاشات العجز بتألفاً .

بودلاها : لا يرتأي بابداء رأي عام بل ان كل كسر يستدعي بحسب

حاله معالجة موافقة له . وهو من محبزي المعالجة بالتعبير الذي ينجح دائماً .
ويستعمل الرد بالآلات جارة مستندة الى العظم في الكسور القديمة .
ولا يستعمل الاستبدال الا في الكسور التي لا يستطيع ردها بالطرق
الافرى . وقد جاء هذا المؤلف باحصائه وطرحه للنفاشة .

بوفر : يحبز المثبت الخارجي الذي وضع نموذجاً شخصياً منه ذا محويات
غير متأكدة . وقد عرض طريقته ونتائجها .

ديكر : جاء بنتائج متضادة في الظاهر فان المرضى المعالجين بالتمديد
التواصل نالوا الشفاء باسرع من المثبتين بالجلس وفي الواقع فان التمديد
التواصل يؤخر الاندمال ولكنه يؤخره قليلاً اذا لم يطل امره ولم يفض
الى فك القطع . فالتمديد والتثبيت بالجلس واجب اشرا كهما في معظم الحالات .
فيريروغ : يجاري استاذ لمبوت ويقول بضرورة الرد الحسن وضبط
القطع الجيد وقد انتقد جميع الطرق الا الاستبدال الآتي بالخيوط القولا ذية
والمثبت الخارجي . ولا يستعمل الجلس الا في الكسور غير المتبدلة .

اوفراري : يستنج من ٩٩ كسراً عالج ٧٩ منها بالتعبير و ٢٠ بالجراحة ان
النتائج الجراحية كانت اسوأ من التعبيرية سواء أمن الجهة التشريحية
(كثرة الدشاذب الكبيرة المؤلمة مع وذمة وضمور عضلي) او الوظيفية (ولا سيما
حركات عنق القدم) . وفضلاً على ذلك فقد ذكر خمسة اختلاطات عفنية مع
التهاب عظم ونواسير من الحوادث المشرين التي عالجها جراحة . وقد كان
المعجز الوظيفي الموقت او الثابت اعلى في حالات الاستبدال منه في حالات
التعبير . وهو لا يدعو الى القضاء على الاستبدال بل يرغب في استعماله

فقط في بعض من الحوادث الصعبة ولا يميز استعماله الا في الشعب الحسنة التجيز وبايدي جراحين مهرة .

ريش : بعد ان رأى واستعمل هو نفسه الطرق المختلفة في معالجة كسور الساق اقنع بان الاستجدال المعدني واجب في جميع الحالات الصعبة الرد او المتعذر ردها . حتى انه يفضل ويراها اسهل من الجرب بالسفود . وفي الواقع فان الآراء تكاد تكون مجمعة على تجربة الرد التجيزي اولاً حتى اذا خاب لحيء الى الرد الجراحي بالاستجدال . وهو يعتقد ان الكثيرين من مناهضي الاستجدال يحذونه متى رأوا الميوت او دانيس يجريان عملياتها . وانه لمن الخطأ ان يعتقد امرؤ طريقة مع انه لا يتبع في استعمالها القواعد الواجبة مراعاتها .

فريده : هو محبذ للاستجدال ومقتنع به منذ أمد طويل وقد بين ان النتائج السيئة التي يذكرها البعض لا يعود معظمها الى الطريقة نفسها بل الى الايدي التي تجربها فقد شاعت هذه الطريقة واستعملها من الجراحين من لا يحوزون معدات حسنة ومن لم يتادوا مثل هذه الجراحة فأسأوا الى سمعتها كما قال ريش وهم مسؤولون عن الحية اكثر من الطريقة نفسها . ان اتقان الرد التجيزي (السفايد عبر المظلم) قد قللت الحاجة الى الاستجدال غير ان الطرق البسيطة التي اشار بها دانيس تنفع في الاستجدال روحاً جديدة وقد ذكر المؤلف في سياق بحثه ان الفاصل الموهمة باعتراض المضلات هي اقل مما كان يظن .

جوده : هو محبذ تجربة الرد على منضدة التجيز في الساعات الاولى .

والرسم الشماعي او الممانعة الشماعية نفسها تبين ما اذا كان الرد قد حصل ام لم يحصل فاذا كان قد تم ثبت في جهاز جيسي معين وقد دلت مراقبة الجرحى ان الرد لا يتبدل بعد ذلك في الكسور المعترضة. غير ان الامر ليس كذلك في الكسور المنعرجة التي لا يضبطها الجبس جيداً بل تتبدل بعض التبدل وهي فيه. ويستطاع القول ان هذه النتيجة التشريحية ناقصة غير ان النتيجة الوظيفية قد تكون تامة على الرغم من نقصها مازال محور الطرف قوياً. واذا لم يحصل الرد فالتوسط الجراحي واجب والمثبت الخارجي مفضل. وقد استنبط المؤلف مثبتاً بسيطاً لم يحن منه الا النجاح. فهو لم يصادف مطلقاً تأخر في الاندمال بسبب بعد القطع المثبتة عن بوابة الكسر.

ستولز: يوافق لريش في رايه وهو يعتقد ان الرد التشريحي واجب لحسن النتيجة الوظيفية. فعلى الرغم من اتقان طرق التجبير يرى نفسه مضطراً الى استعمال الاستبدال. وقد جاء باحصاء مشتمل على ٥٢ حادثة كانت النتيجة حسنة في ٣٠ منها اما ٢٢ الآخرون فلم يستطع مراقبتهم حتى انتهاء المعالجة غير انهم كانوا في حالة حسنة جداً ٣ - ١٠ اشهر بعد التوسط الجراحي.

دوبو دي فرينال: يعتقد ان الباحثين قد احسنوا بلفتها الانتظار وتقديمها البيئة على ان حسن الوظيفة يستدعي رداً حسناً لا يتجاوز القصر فيه ستمتريين خالياً من الانحراف الزاوي والتبدل عرضاً الذي يضيق المسافة الظنبوية الشغلوية. ولم ير المؤلف نفسه مضطراً منذ ١٥ سنة الى الاستبدال في كسور الساق التي عاجلها منذ اليوم الاول.

واما بعد اليوم الخامس عشر الى الثلاثين فلا يتوصل الجرّ الآلي وحده الى الرد الحسن بل يجب التوسط الجراحي في شعبة جراحية حسنة التجهيز .
ادنو : يعتقد ان الاستجدال واجب في جميع الكسور الكبيرة التبديل الصعبة الرد الكثيرة القطع . والاتقادات الموجهة الى الطريقة يجب توجيهها في معظم الاوقات الى طرز اجرائها
 ويلفت المؤلف الانتظار الى الرأفة بالاقسام الرخوة واجتناب تمرية القطع عن السحق وحسن الرد والتثبيت التين بصفايح لبوت او حلقات بارهام بحسب انواع الكسر .

ليار : بمدان كان من مكثري الى التوسط الجراحي انقصه اليوم معالماً به الحوادث التي لا ترد بطرق التجبير . وقد صنع جهده لانتقاز التجبير . ولا سيما منذ ان اصبح الرد ممكناً تحت مراقبة المعاية الشماعية في قاعة مضادة بحسب طريقة ليدو لابر . وقد استعمل المؤلف هذه الطريقة وذكر مبدأها وطرز اجرائها .

سيمون : دعي كخيري في كثير من كسور الساق وهالته نتائج الاستجدال السيئة في الحوادث التي تأخر التوسط فيها او في ما اجرت منها ايد غير ممرنة او غير حائرة على معدات حسنة . ويلفت الانتظار الى ضرورة التبكير في التوسط اذا لم يقض الرد التجبيري الى نتيجة حسنة ويلجأ بالمهدة بالمرضى الى جراح ماهر وليس الى متعزل لم يتد مثل هذه التوسطات .

فيلند : يجب كيف ان الباحثين لم يفسحوا المجال لطريقة دلبه وهو يعتقد انها اهملت لانها لم تستعمل حيث يجب استعمالها اما هو فقد استعملها منذ

امدٍ مديد فكانت نتائجها حسنة جداً فاذا ما وضع جهاز المشي باكرًا بعد ان تشد الساق الشد الكافي وتراقب بالاشعة رد الكسر رداً حسناً وكافياً للحصول على نتيجة وظيفية جيدة . ويبدأ بالتحريك السريع والمريض في سريره فبالمشي منذ اليوم الثالث ، على ان يراقب المريض مراقبة دقيقة . ويستطاع القول ان الاستجدال اذا ما اتبعت هذه القواعد تقل اسبطباته جداً اذا لم يقلص ظلها بتاتاً .

مارسل سافشال : يوافق الباحثين على اختيار طريقة الضبط بعد رد الكسر الحسن . ويلفت الانتظار الى بعض الوسائل التي اهمل امرها في التقرير :

- ١ - المثبتات الخارجية ولا سيما مثبت جوده في الكسور الكثيرة القطع
- ٢ - نحت نهايات القطع بحسب الطريقة التي دعاها في مؤتمر الجراحة الفرنسي الاربعين المنعقد في السنة ١٩٣١ « طريقة التجار » ويأتي الآن على وصفها
- ٣ - استعمال المنضدة الشعاعية الجراحية التي استنبطها وقدمها في مؤتمر السنة ١٩٣٢ .

باسكليس : لم يلجأ الى التوسط الجراحي الا في خمس حوادث من ٥١ كسر أعاليها وارب منها لا تراخض عضلي . وهو يتيق التبدل الناشئ من مثلية الرؤوس بتطويل الدائرة (و تراخيلوس) احياناً او بمراقبة المرضى المكررة ، بالاشعة وتبديل الجهاز كلما اقتضت الحالة .

ديلاجنيار الابن : يجب لانه لم يجد في التقرير الطريقة التي اقترحها ابوه منذ امدٍ مديد : وهي تطويل الدائرة مكافئة لشد المثلة الرؤوس وتوصلاً الى حسن ضبط الكسر فضلاً عن ان هذه الطريقة خالية من

المحاذير وإذا استعملت اتفقت استطبائات الاستجدال كثيراً . فإن المؤلف لم يلجأ قط الى الاستجدال في ١٤٣ كسراً مطلقاً عالجها مع باين منذ السنة ١٩٣٠ وقد طوّل الوتر في سبع منها كان الكسر فيها حلزونية أو طويلة البرية ماموتيل : ذكر آفات الاقسام الرخوة (الجلد ، العضلات ، الاوعية ، الاعصاب) في سياق الكسور ولقت الانتظار الى تنخر رؤوس القطع الذي يؤخر الاندمال او يحول دونه . والى طبيعة المعدن المصنوع منه جهاز الاستجدال .

ثم قال ان لكل طريقة استطبائات معينة :

فالجبس موافق للكسور المعترضة القابلة الرد والكسور المنحرفة الخفيفة التبديل

والاستجدال لجميع الكسور غير القابلة الرد والضبط والكسور المزدوجة البوثة والكسور التي تراققها آفات وعائية او عصبية .

والتمديد المتواصل بالسفايد والمثبتات الخارجية للكسور المفتحة .

فليس على الجراح بحسب رأيه ان يتقيد بالاستجدال او التجبير بل ان يختار ما يوافق نوع الكسر من الطرق .

غريندا : لم يضع الا في اربع حادثات من مائة كسر عالجها ويستنتج من اختباره :

١ - ان التجبير بفضل تسفيد المظم قد تقدم تقدماً باهراً وحسنت نتائجه .

٢ - في بعض الحالات النادرة (كسور حلزونية طويلة وكسور

المعطين المترضة في سوية واحدة) تشترك المعالجة الجراحية (الربط بحسب طريقة دانيس والسفود المتطير في الجبس) مع المعالجة التجبيرية ولا تستقل عنها .
 ٣ - بما ان العامل الاساسي في نجاح معالجة الكسور هو تنظيم مراكز مختصة وحسنة التجهيز وبما ان انشاء هذه المراكز لا غنى عنه لتعليم المتدربين فهو يؤمل ان تنشأ في كبريات المدن شعب للكسور والرضوض .

فبراء: يرى ان ٩٥ ٪ من الكسور التي يبكر في معالجتها لا تستدعي التوسط الجراحي . واذا ما استعملت الاجهزة الحديثة ، واستعمالها واجب ، في الرد عادت نتائجها الحسنة نتائج الاستبدال مع خلوها من الاخطار . ويشير بالمعالجة الجراحية في الكسور التي مرت مدة على حدوثها ولم يمد ردها ممكناً وفي الكسور التي يرافقها اعتراض عضلي وفي المفاصل الموهمة .



اليرقانات الكبدية المنشأ

(Les ictères d' origine hépatique)

للاستاذ . ج ترابو استاذ السريريات الطبية

الحد: تتلو هذه اليرقانات مرور الصفراء الى الدم وتتلو ايضاً اصفرار الدم (cholémie) وتتظاهر بمجموعة من العلامات المشتركة هي:

١ - علامات انسجام صفراوي: ابطاء القلب، حكة، تعب ودعث مع هزال متفرق.

٢ - علامات ناجمة عن مرور الاصبنة الصفراوية الى الدوران:

الرؤية الصفراء، المشادة (héméralopie)، اصفرار الجلد والاعشية المخاطية

٣ - علامات ازدياد كولسترين الدم وهي فادرة: الاورام الصفراوية

(xanthélasma)

٤ - اضطرابات هضمية: قه (inappétance) زوال لون البراز اذا كان اليرقان بانحباس الصفراء وعلى المكس اشتداد لون البراز اذا كان اليرقان بازدياد افرازها (كثرة اللون) (pleiochromie)

٥ - تغيرات بولية في البول: - أصبغة صفراوية (تفاعل غميلان)

واملاح صفراوية (تفاعل هاي)

تغيرات دموية: في الدم ياقوت صفراء يكشف بحامض الحل الثلاثي الكلوروي فوق كلور الحديد الطبي (تفاعل فوشيه). وقد تمر في النادر

الملاح الصفراوية وحدها او الاصبغة الصفراوية وحدها الى الدم فتحدث حالة سريرية خاصة تسمى يرقان غاربان وبروله المفترق (ictère dissocié de Garban et Brûlé) وفي بعض الاحوال النادرة قد لا ترى في البول اصبغة ولا ملاح صفراوية بل ترى فيه كمية ضئيلة من صفراء البول (الاورويلين) ويسمى اليرقان بدون يلة صفراوية (Ictère acholurique) ولليرقانات الكبدية هذه اشكال سريرية عديدة نذكرها على التوالي :

أ - اليرقانات انجاساً : يكون البراز فيها عديم اللون (البراز بلون المصطكى) والافغشية المخاطية والجلد شديدة اللون كما ان علامات اصفرار الدم على اشدها . وتقسم هذه اليرقانات الى يرقانات حادة ومزمنة تصادف في حصيات الصفراء ، وفي سرطان رأس المشكلة ومنها ايضا اليرقانات باصابة الحلية الكبدية وتقسم الى :

أ - يرقانات انتانية وتنصف باصفرار دم بين وبازدياد بولة الدم وكولسترينه واصطباغ البراز وضمخامة الكبد وايلامها وضمخامة الطحال وارتفاع الحرارة .

الاسباب : - الحيات التيفية ونظيراتها ، البرداء ، الافرنجي (الثانوي والثلاثي) المعيبات المولدة لليرقان لكومستات و تروازيه والمصبية القولونية (اليرقان التالي للنفوقات المعوية) والمكورة الرئوية (ذات الرئة اليرقانية ذات الانذار الخطر) وعصيات غارتنر المعوية (يرقان الانسمام بالوشيق اثر تناول الاطعمة المتفسخة) وتنضم الى هذه الزمرة بعض يرقانات الرضيع غير النوعية .

ب : يرقانات سمية : تنجم عن ترك الحمية والافراط في شرب المسكرات وعن الانسمامات : بالزرنيخ ، والقوسفور والكحول والغازات السامة والكودورفرم واعراض اصفرار الدم فيها ممتدلة او غائبة .

ج : اليرقانات المعرقلة لأمراض اخرى او اليرقانات ذات السير البطيء : هي اليرقانات المعرقلة للتكبهات : يرقان كبدية هانو الضخامية و يرقان اصفرار الدم المعيلي .

١ : يرقان كبدية هانو : يتصف بالادوار التالية : يرقان شديد ، كبد ضخمة ملساء تبلغ حدودها السرة (ombilic) طحال ضخم ، سير مديد يستغرق سنوات يترقب بالثرف واسبابه مختلف فيها .

٢ - يرقان اصفرار الدم المعيلي : - يتصف بما يلي : اصفرار الأدمة تلون الجلد اورام صفراوية ووجم (naevus) شعري ، سحنة خلالية او صينية رؤية صفراء ، قناع صفراوي . ويزداد ياقوت الصفراء في الدم قبل بلوغ نسبته فيه $\frac{1}{40000}$ و $\frac{1}{18000}$ بينما نسبته الطبيعية $\frac{1}{40000}$ وليس في البول اصبغة صفراوية (اليرقان بدون يلة صفراوية) بل فيه صفراء بول قد تكون كبيرة الكمية احيانا . الكبد والطحال ضخمان .

الانذار : ان العلامات التي تدل على استفحال خطر اليرقان هي :

قصور الكليتين ، ارتفاع الحرارة واهتزازها ، ضخامة الكبد والطحال ، جفاف التم والجلد ، الوسن (somnolence) والهديان البلي ، اجتياز بولة الدم حد الغرام في اللتر .

اما علامات اليرقان الوخيم فهي :

١ - علامات دموية: نزوف مختلفة: رعاف، قيء دم، تقوط دم، فرغرية
 ٢ - علامات عصبية: هياج، هذيان، اختلاج وسبات ٣ - علامات
 كبدية: ضهور حجم الكبد وعلامات قصورها ٤ - علامات هضمية: قه
 ثام، قبض، وزوال الصباغ (acholie pigmentaire) ٥ - علامات عامة:
 فتور (hypothermie) وتأسر (urémie) مترق تبلغ بولة الدم فيه ٣ - ٥ غ
 المراجعة: - يرقانات الاحتباس المزمنة: تعالج فيها الحصيات بمعالجة طبية
 او جراحية لازالة المائق

اليرقانات الاتانية: تعالج بالقاحات والمصول والادوية الكيماوية الخاصة
 اليرقانات السمية: تعالج بمحذف العامل السام
 ويجب في جميع الحالات فرض الحماية المائية او البنية واستعمال المياه
 المعدنية القلوية (كياه فيشي وفالس الخ) . ويركن ايضاً الى المعالجة بالقلويات
 باعطاء قدح ماء من محلول بورجه او ملعقة صغيرة من ملح سينيت صباحاً
 على الريق في قدح ماء فاتر .

اما معالجة الحلية الكبدية فتكون باعطاء صفصافات الصود وجاوات
 الصود بكميات قليلة وباعطاء البولودو

وبالعلاج الاتان بالاودوترويين. وتستعمل المداواة الحسكية (الحقن الباردة
 طريقة كرول Kröll) والحمامات الفاترة اذا كان ارتفاع حرارة
 والمداواة بالاستمضاء (opothérapie) بمحقن خلاصات الكبد (كاربون
 او شواي او باير) في اليرقانات الوخيمة .

مجلة المعهد الطبي العربي

دشق في آذار سنة ١٩٣٨ م. الموافق لحرم سنة ١٣٥٦ هـ .

ترميم قناة الصفراء العامة

للجراح الدكتور نقولا ريز (بيروت)

بمساعدة الدكتور اطولان غصن (بيروت)

نخصص معظم الجزء التاسع من مجلة معهدنا الطبي العربي
لتشر بعض الابحاث العلمية الكبيرة الشأن التي القيت في
المؤتمر الطبي المصري العاشر في بغداد (٩ شباط سنة ١٩٣٨)
متنئين على زملائنا الكرام الثناء العاطر وناقلين ما كتبوه
بكل امانة وملقين بثمة ما جاء من الاخطاء والقوية
والاصطلاحية في بعض هذه التقارير على المؤلفين
انفسهم (المجلة)

لا بد لكل طبيب او جراح ان يشاهد من وقت الى آخر حادثة
ناسور صفراوي تخرج منه المادة الصفراء الى سطح الجلد مسبب عن عملية
جراحية سابقة وغالباً عن استئصال الحويصلة ، مما يؤلم المريض والجراح معاً
ولا يخفى عليكم ان حادثة كهذه يمكن للجراح اجتنابها فيما لو كان ملماً

بوضعية المجاري الصفراوية الشاذة وغير الشاذة وتشعباتها .
ومما لا ريب فيه ان عملية استئصال الحويصلة قد اصبحت كثيرة الحدوث
مما يقودنا الى القول انها ربما كانت من العمليات البطنية الاكثر شيوعاً
بعد عملية الزائدة الدودية حتى ان اكثر الجراحين لاحظوا انه في الكثير
من الحالات يرافق التهاب الزائدة اصابة الحويصلة مما حدا بهم الى تسميتهما
بالمرض ذي الرأسين

ولقد يشاهد الطيب او الجراح مريضاً مصاباً بـ يرقان مزمن (حشبي
كما يسميه العامة) سببه انسداد دائم في القناة الكبدية او في قناة الصفراء
العامة ، متأت من ورم سرطاني او غير سرطاني او عن الالتصاقات النهائية
او حصاة محكمة التركز في القناة مانعة جريان الصفراء الى الاثني عشري
وبديهي ان اسباباً كهذه لا يستطيع المريض تجنبها ولكن الجراح في غالب
الاحيان يتمكن من معالجتها فيصلح القناة او يلاشي الناسور او يخرج الحصاة
المتراكمة في القناة او يزيل الالتصاقات المزمنة او ربما يشفي قسماً كبيراً
من الاورام اذا كانت موضعية وبالاختصار يقوم بكل ما يوحى اليه فنه
في سبيل اسعاف المصاب التعيس

لذلك ارى لزماً علي قبلولوج في صلب الموضوع ان اضع نصب
عبونكم تركيب الاقنية الطيعمي والشاذ في الحالات التشريحية
القناة الكبدية : تخرج اقنية عديدة صغيرة من فصي الكبد الايمن
والايسر وباقي اقسامه فتتحد وتؤلف اخيراً قناتين رئيسيتين (وفي بعض
الاحيان اكثر من ذلك) يعني ويسرى ومن اجتماع هاتين القناتين مناً

تتكون القناة الكبدية فيبلغ طولها حوالي ٣ سنتيمترات وقطرها بحجم قطر ريشة الدجاجة وبعد ان تمتد من اسفل الكبد نزولاً بغير انتظام تمتد بقناة الحويصلة فتؤلفان ممّا قناة الصفراء العامة .

الحويصة : وهي كثيرة الشبه بالاجاصة نسم ٣٠ - ٤٥ غراماً وتكون عادة ملتصقة باسفل الكبد بواسطة نسيج خلوي سهل السلخ في اثناء العملية وقاعها يحاذي غالباً الطرف الاسفل من الكبد اليمنى يغطيها كلها البريطون الا حيثما تلتصق بالكبد . وقد تكون بحالة شاذة فتبدو غير ملتصقة بالكبد بل معلقة عند العنق والبريطون يغطي كل جدرانها الخارجية . او قد تكون متعددة او مفقودة تماماً

ورى قبل ترك هذا الموضوع ان نقول كلمة عن شريانها لاهيته ابان اجراء العملية فهو يفرع من شريان الكبد الذي ينقسم بعد ذلك الى انسي ووحشي بحسب الجهة التي يتبعها كل منهما عن جانبي الحويصلة المذكورة

قناة الحويصلة : وهي اطول بقليل من القناة الكبدية وقطرها نصف قطر هذه . تترك الحويصلة متجهة نزولاً الى الورا لتتحد بالقناة الكبدية فيؤلفان ممّا قناة الصفراء العمومية

وقد يأتي هذا الاتحاد على اشكال متعددة فندر ان نراها تحت بالقناة

الكبدية اليمنى

اما اتحادهما الاعتيادي فقالباً ما يكون كما يلي :

١ - بهيئة زاوية حادة

٢ - تكون القناتان متوازيين بدون التصاق

- ٣ - تكونان متوازيتين وملتصقتين بنسيج خلوي ليفي
- ٤ - وقد تمتد قناة الحويصلة بالقناة الكبدية بعد ان تدور حولها بشكل لولبي . ان كل هذه الاوضاع الشاذة الآفة الذكرك تولد صعوبة جمة للجراح ابان العمل ولذا وجب عليه الالمام بها كل الالمام منعاً لحدوث اشتراكات مزعجة وربما مميتة . .

قناة الصفراء العامة: باتحاد القناة الكبدية وقناة الحويصلة تتألف قناة الصفراء العامة يبلغ طولها نحو سبعة سنتيمترات وقطرها على الغالب نحو سبعة سنتيمترات تنحني زولاً أمام الوريد البابي . متياسرة الشريان الكبدي وبعد ذلك متجهة زولاً وراء القسم الاول من الاثني-عشري الى ان تنتهي عند قناة المشكلة وتحد بها فيقبعان معاً جدار القسم الثاني من الاثني عشري مكونتين فوهة تفرغ مشتركة اصغر قطراً من قطر كل واحدة منهما تدعى فوهة (مقرن فاتر) وكثيراً ما يسبب ضيقها المذكور آثفاً توقف الحصى فيها ولا بد لنا ان نذكر امكانية عدم اتحاد القناتين معاً فتدخل قناة الصفراء العامة الى الاثني عشري حيث تفرغ فيه رأساً .

اما وقد وصفنا تركيب الاقنية الطبيعي والشاذ في الحالات التشريحية فننتقل الان الى ايضاح بعض نقط تراها من الضرورة بمكان حياً بنجاح العملية من جهة وتجنباً لاشتراكات قد تكون مؤسفة ان لم تكن القاضية على المريض .

تحضير المريض: ويتم ذلك كما يلي :

- ١ - يجب اولاً فحص دم المريض من وجهتي مدة النزف ومدة التجمد

وهذه الاخيرة اذا تجاوزت تسع دقائق يستحسن عدم اجراء العملية قبل نقل الدم او على الاقل المعالجة بالادوية المحفزة للدم

- ٢ - يجب ايضاً قياس كمية اليوريه والسكر والكلور في الدم
- ٣ - كذلك يجب تطعيم المريض ضد اشتراكات الرئة والكوليئاسيل ومكروبات التعفن واعطائه الكريوزوت يباب البدن
- ٤ - لا بد من تنظيف القم وخلع الاسنان الموبوءة

• - قياس ضغط الدم

نوع التخدير : ١ - لا شك ان الاثير خير من الكلوروفورم اذا لم يكن ثمة من مرض في الجهاز التنفسي وعندها يفضل استعمال الكلوروفورم

٢ - وهنالك الافاترين (Avertin) ويحسن استعماله كاساس للتخدير

٣ - البنج الموضعي افضل من النوعين السابقين اذا كان بالامكان استعماله

متى يجب الامتناع عن اجراء العملية : ١ - في حالة الهزال الزائد

٢ - في حالة تصلب الشرايين مصحوباً بمرض كلوي مزمن

٣ - في السنة الزائدة

٤ - انتفاخ الرئة

متى يجب التدخل الجراحي : هناك حالتان تستدعيان التدخل الجراحي :

- ١ - الانسداد الكامل في مجاري الصفراء العامة . ٢ - الناسور الصفراوي . ١ - ان اسباب الانسداد عديدة منها ما يعود الى وجود حصي في احدى الاقنية العامة تسد سداً كاملاً لا يتاح معه للمادة الصفراء الخروج في مجراها الطبيعي الى الاثني عشري. ففي هذه الحالة يمكن التريث

مع المواجهة الداخلية لمدة لا تزيد عن الشهر هذا اذا لم يكن ثمة من حرارة وهزال مستبجل وعلامات تمنع اخرى كما انه لا يستحسن ان تتجاوز المدة الشهر لتلا يحصل التهاب سريع في البنكرياس او تقلص كبدي تدريجي مما لا يترك مجالاً للتدخل الجراحي . اذ نستطيع ضمن هذه المدة الجزم فيما اذا كان العلاج غير الجراحي كافياً لطرد الحصاة من القناة واني اثبت هنا احصاء يوله (Piollet) يقول فيه ما مؤداه ان العمليات التي اجراها في الشهر الاول من ابتداء الانسداد نجحت نجاحاً تاماً ونجح خمسون بالمائة بما اجراه منها في مدة تتراوح بين شهر وثلاثة اشهر . اما العمليات التي اجراها بعد ثلاثة اشهر فقد ادت جميعها الى الموت

ويحذر كهر وليجندر وشوفار (Kehr, Legendre, Chaffard) من اهمال امر الحرارة فان ابتداءها دليل على قرب الاشتراكات الخطيرة فلا رجاء معها بالانتظار بل يزيد العملية خطراً على خطر

ومما يجدر الانتباه اليه ما اذا كانت حالة المريض . تنذر بالخطر اذ يجب عندها عدم استئصال الحويصلة والاكتفاء بشقها اذا كانت هذه صديدية او فيها حصى وبالعكس اذا كانت متقلصة صغيرة اتركها للفرصة النسب لاستئصالها وشق القناة العامة ووضع انبوب « كهر » بشكل T في هذه الاخيرة وتصرّف الاثنين الى الخارج . اما اذا كانت حالة المريض حسنة فيجب استئصال الحويصلة وشق القناة العامة وتنظيفها من الحصى واستئصال انبوب T في داخلها اذا كان ثمة من تمنع والا قطبت (وهذا غير ضروري) ووضع انبوب للتعريف في قعر الجرح . ولا يسى عن البال ان استئصال

الحويصلة لا يمنع عودة الحصى المتولدة في الكبد او المجاري .
وقد تكون الحصاة غير مائة تماماً مجرى المواد الصفراوية في الاقنية العامة من حولها فتسبب برقاناً خفيفاً ياود المريض في فترات مختلفة ففي هذه الحالة وجب التدخل الجراحي عند اول تشخيص حسب رأي دوراب- فيلار (Durab-Villars) واما الاسباب الاخرى فهي الاورام الخبيثة والندبة والاتصاقات النهائية وسنبعث عنها جميعها فيما بعد

٢ - - التاسور الصفراوي وهذا متى حصل يجب الاسراع في ازالته خصوصاً اذا كان ثمة من حرارة او سرعة في خسران الوزن الذي يكون بنسبة كمية الصفراء الضائعة ثم اذا كان القائط خالياً من المادة الصفراء فهذا دليل على عدم وصول هذه المادة بتاتاً الى الاثني عشري مما لا يمكن ان تطول الحياة معه

اسباب التاسور : ١ - تكون خراج حوالى الاقنية الصفراوية متصلاً بها فاذا ما فتحه الجراح من اعلاه خرج الصديد وظهرت معه المادة الصفراء مما يترك وراءه تاسوراً ففي حالة كهذه تستأصل الحويصلة ويصرف قعر الجرح الى الخارج جيداً الى ان يلتئم رويداً ويشفى التاسور غالباً

٢ - - تفريغ الحويصلة المريضة من قبل الجراح وقطبها الى الجلد فتصرف خارجاً مما يترك وراءه في بعض الاحيان تاسوراً وهو حويصلياً محض ويشفى حالاً باستئصال الحويصلة واما ان يكون سدأ في القناة العامة حينئذٍ يفرز التاسور مادة صفراء صرفة ربما كانت كل المادة الكبدية او معظمها فيجب حينئذٍ زيادة عن استئصال الحويصلة اصلاح القناة وازالة السبب

الذي سنلم به فيما بعد وهو بيت القصيد

٣ - انواع انسداد القناة العامة التي تسبب الناسور الصفراوي

أ - وجود الحصاة وقد تكلمنا عنها سابقاً

ب - تضيق في القناة اثر ندبة او التصاقات النهاية يجب تفريقها واستئصال الندبة مع ترسيع المجرى ثم وضع انبوب رفيع من المطاط في رأسه قطعة معدنية ذات ثقب عديدة داخل القناة بحيث يكون الرأس متجهاً نحو الامعاء

وإذا كان طرفا القناة بعد استئصال الندبة بعيدين واحدهما عن الآخر فالأفضل بعد وضع الانبوب من الجهة الكبدية ادخال الطرف الثاني منه في الاثني عشري رأساً بعد اجراء الوصل المعروف على طريقة وصل الامعاء بالمعدة

ج - انسداد مسبب عن اورام خبيثة . فإذا كانت منتشرة او بممكن استئصالها وجب وصل القناة بالاثني عشري او بالامعاء او وصل الحويصلة بالامعاء كما يتراءى للجراح أكثر ملائمة لحالة المريض . وهذه العملية ترجح المريض مدة ولا تشفيه وإذا كان الورم غير خبيث وموضعي واستئصل ثم اوصل كما ذكر اعلاه

د - وهناك نوع آخر من الانسداد يعود الى استئصال الحويصلة بطريقة مغلوطة . ولذا وجب الحذر من جر الحويصلة كثيراً في اثناء ربط عقها او ربطه قبل درسه جيداً او فصله عن الانسجة المتصقة به وبالقناة الصفراء العامة كما انه يجب الانتباه الى ربط قناة الحويصلة من آخرها . كني

لا يكون ثمة من مجال لتترك مقرن اعور تتجمع فيه حمى جديدة

٤ - انسداد مقرن فأثر ويمود الى امرين :

اولهما وجود حصاة وهذا كثير الوقوع او الاصابة بورم خبيث في فوهة المقرن وهذا ليس بالتادر . ففي الحالة الاول اي عند وجود الحصاة يجب فتح الاثني عشري واخراج الحصاة ووضع انبوب كاو تشوك حذراً من التصيق وفي حالة الاورام الخبيثة يجب فتح الاثني عشري وحرق الورم بالديا ترمي او استئصاله وتسكير الامعاء وانهاء العملية حسب الاصول المتبعة .
دون وضع تصريف للجلد

مشاهداتي السريرية

م . ف . عمرها ٤٢ سنة متزوجة ولها عدة اولاد . دخلت المستشفى بجلدها اصفرار شديد وبها هزال قوي . نبضها سريع مع انخفاط في القوى . وحالتها تنذر بقرب الأجل . بعد الاستقراء وجدت انه كان يعترها منذ اربع سنوات نوبات ألم تحت الاضلاع اليمنى تستمر لمدة تتراوح بين اليومين والثلاثة يعقبها الاصفرار المذكور اعلاه ثم يزول بعد اسبوع وكانت هذه النوبات تتناوب مرة كل اربعة اشهر الا انه منذ ثلاثة اشهر تماقت النوب الواحدة تلو الاخرى مصحوبة بالام اشد من قبل وانسدت المجاري الصفراء فظهرت اعراض اليرقان المعروف عند العامة بالحبشي مصحوبة بحكة جلدية مزعجة بينما الغائط اصبح خالياً تماماً من المادة الصفراء تلك كانت حالة المريضة عند دخولها الى المستشفى ولدى اجراء الكشف

السريري تبين لنا وجود ورم غير متحرك بحجم البرتقالة في موضع الحويصلة مع تقلص دفاعي في عضلات البطن والم موضعي شديد يعسر معه الجس . فافترض بمض الزملاء وجود ورم سرطاني وأشاروا على المريضة بالذهاب الى اوروبا وبعد مجادلات عديدة ترك الامر للجراح ليقول قوله القائل فاجريت العملية فظهرت الحويصلة ضامرة بحجم الجوزة سمكة الجوانب ملتصقة بما حولها بداعي التهابات المزمنة . وبعد سلقها عما حولها واستئصالها وجدنا فيها حصتين كبيرتين مع عبء حصى صغيرة اما القناة الصفراوية العامة فكانت متضخمة بقدر حجم البرتقالة ويزيد حجمها عن حجم الحويصلة بأربع مرات وبعد شقها وجدنا داخلها حصاة كبيرة شاغلة كل تجويفها وقد اطبق عليها الغشاء المخاطي الملتهب تمام الاطباق فلم يمد ثمة من مجال للمادة الصفراء لتجري في مجراها الطبيعي لشدة احكام السد . شققنا القناة كما قلت واخرجنا الحصاة ووضنا انبوب على طريقة ايزلسبرغ (Eiselsberg) وطوله اثنا عشر سنتيمتراً وقد حكمت في رأسه قطعة معدنية ذات ثقبين خوفاً من ترك القناة على الطبيعة فتضيق لاسيما وغشاؤها المخاطي مفقود من شدة التهاب وبوصول رأسه الى الاثني عشر نتحققنا من عدم وجود اي سد آخر داخل القناة الباقية وهكذا امنا ترميم القناة وعدم تضيقها لبقاء الانبوب في مكانه مدة من الزمن . وبعد اربعين يوماً عرضت المريضة للتصوير بالاشعة فوجدناه على بعد عشرين سنتيمتراً من مكانه الاول وبعد اربعة اشهر خرج مع المائط ولا تزال المريضة حتى الآن تتمتع بصحة تامة وقد زالت عنها الآلام المرضية تماماً .

الشاهدة الثانية : و . ش . عمره ٤٥ سنة كان يشكو منذ ثماني سنوات ألماً في وسط بطنه يمتد الى الظهر والكتف ثم يزول بعد ساعات تحت تأثير المخدرات القوية . حصلت له منذ سنة نوبة شديدة تاركة بعدها يرقان دام ستة اشهر ومنذ شهرين عاودته نوبة شديدة تاركة بعدها اليرقان واعراضه الكاملة وكان هنالك سد كامل للقناة العامة بينا الغائط كان خالياً من المادة الصفراء . اجريت العملية واستؤصلت الحويصلة وهي صغيرة الحجم سمكة الجوانب بحالة التهاب مزمن وحالية من الحصى . لم اربط طرف القناة لجهة المجرى العام بل بالمعكس شققت هذا الطرف وتحديت تقق القناة العامة نزولاً حتى تمكنت من ادخال ميل معدني نـ ٢٤ و ٢٥ مما يستعمل عادة لمجرى البول للرجال فر بسهولة في القناة العامة وفي مقرر فأثر حتى انتهى في الانتي عشري فملت عندئذ ان السديجب ان يكون في القناة الكبدية وهناك قدرت بعد صعوبة كلية ان افصل الحبل الصغير المسدود ووسع المجرى صغوداً الى الكبد وخوفاً من الضمور وتجدد الانسداد وضمت انبوب الكوتشوك ذا الرأس المعدني وانتهت العملية حسب الاصول المروقة .

ان هذا الانسداد كان سببه مرور حصاة جرحت المجرى في تلك النقطة وعقب ذلك التهابات انتهت بالتضييق الكامل المؤدي الى اليرقان الحبيشي المرووق .

ومما تجب ملاحظته بهذا الصدد انه لم يتيسر لنا معرفة مدة سفر الانبوب اذ خرج من المريض دون علمه كما اننا لم نجد له أثراً بعد اربعة اشهر بالتصوير الكهربائي . اما المريض فهو لا يزال تحت الملاحظة منذ ست سنوات يتمتع

بصحة جيدة جداً ولا يخلو يته من عرق بكفياً يحتمس به مع ضيوفه في رغد من العيش .

المشاهدة الثالثة : ١ . م . متوسط العمر دخل المستشفى وهو يشكو من
 ناسور صفراوي على سطح الجلاء فوق الكبد تخرج منه كل المادة الصفراء
 وافول السكل بدليل لون الغائط الترابي الذي لم يكن يحوي شيئاً منها .
 اصيب بهذا الناسور اثر عملية جراحية اجريت له منذ اربع سنوات لاستئصال
 الحويصلة فاضحى هزلاً خاثر القوى يمتريه هبوط في معنوياته مدة اربعة
 اشهر وبأس عظيم يساوره فتحت وتبعت مجرى الناسور حتى وصلت الى
 منبع الصفراء وهي القناة الكبدية المقطوعة وهذا ليس بالعمل الهين نظراً
 للاتصاقات القائمة حول الناسور فاراحت نفسي واطمأن قلبي عند ادخال
 المبل في القناة الى الكبد .

ثم بحثت ونجحت بعد عناء كبير في وجود الطرف الثاني من القناة العامة
 المقطوع وتأكدت ايضاً من ان القناة المشتركة غير مسدودة بحصاة لغاية
 الاثني عشري الذي كان مغطى بالاتصاقات . ففتحت هذا الطرف ايضاً
 وجمعت الاثنيين مما بعد ادخال انبوب ذي الرأس الممدني فيها بقطب
 قابلة الذوبان وانتهت العملية كالمادة . وبعد خمسة اشهر خرج الانبوب
 واما الناسور فنضب حالاً بعد العملية . ولا يزال المريض منذ ذلك الحين
 يتمتع بصحة تامة .

بعض الملاحظات

ع

حبة بغداد

في العراق

للدكتور ادور بسمجي (العراق)

تمهيد : من المعلوم ان لهذه الآفة أسماء عديدة نظراً لوجودها في مناطق مختلفة في العالم ولكن يعتبر أ . لافران (A. Laveran) ان تسميتها «بليشمانيوز الجلد» (Leishmaniose cutanée) هي علمية اكثر من غيرها كما ان تسميتها «بحبة الشرق» هي ايضاً من المصطلحات المقبولة والمستعملة اعتيادياً نظرة تاريخية : يظهر ان حبة بغداد موجودة في العراق من زمن بعيد لان الاطباء العرب استعملوا انواع العقاقير لمداواتها ولا تزال نجد في ايامنا هذه قسماً عظيماً من الاهالي يستعملون علاجات مختلفة من حيث الاصل منها نباتية ومنها معدنية واخرى عضوية ولكن وصف الآفة هذه لم يحصل الا في اواخر القرن التاسع عشر من قبل بعض السياح الغربيين الذين اصيبوا بها اثناء زيارتهم العراق والذين لاحظوا وقعاتها المديدة بين السكان ولكن هذه المشاهدات كانت في وقت لم يكن فيه العامل المرضي معروفاً ولما اكتشف ج . هـ . رايت (J.B: Wright) عام ١٩٠٣ العامل المرضي «لحبة الشرق» دخل الداء في دوره العلمي الحديث

التقسيم الجغرافي : ان حبة الشرق منتشرة في جميع انحاء العراق ولكن وقائمتها تختلف بحسب المناطق وهي بصورة عامة توجد بكثرة في المدن الكبيرة كبغداد ولذلك سميت « بحبة بغداد » اما في القرى فوقائمتها محدودة ويمكننا ان نقول بصورة عامة ان حبة الشرق منتشرة في جنوب العراق اكثر من شماله نظراً لوجود المستنقعات التي هي احسن بيئة لنمو ومعيشة انواع الحشرات مضافاً الى ذلك الاحوال الجوية الملائمة

اما النقطة المهمة في التقسيم الجغرافي لحبة الشرق فهي ان عدد الاصابات في المدن الكبيرة كبغداد تختلف بحسب المناطق اذ نشاهد في البعض منها كثرة الاصابات وفي المناطق الاخرى لا نرى لها الا وقائع مبدودة

بحث اسباب المرض : تظهر حبة بغداد عادة عند الاطفال من سكان البلاد بين السنة الاولى والثالثة من العمر وادراكاً في الرابعة والسبب في ذلك هو ان الطفل يبديء بالمشي بين الاثني عشر والاربعة عشر شهراً وبجولاته يمرض الى لدغ البعوض . وفي بعض الاحيان تظهر الحبة منذ الشهر الثامن او التاسع وقد شاهدنا وقائع في الشهر الثالث والخامس من العمر وسبب قلة الوقائع في الاشهر الاولى هو ان الطفل يكون تحت مراقبة والدته لا يمرض الى لدغ البعوض بسهولة او لاسباب اخرى لم نزل غامضة

اما ظهور الحبة عند البالغين فهؤلاء يكونون عادة من الاجانب المقيمين في البلد او السياح المارين بها وبعض الاحيان من العرب الرحل الذين يؤمون المدن او القرى في الوقت الملائم لاختد المرض

لقد كانت نسبة الاصابة سابقاً بحبة الشرق تقدر بثمانين في المائة من

السكان في المدن وربما كانت أكثر من هذه النسبة ويكفي لتأكد من ذلك التجول في شوارع بندق لرؤية الحبات على وجوه الاطفال او الندبات المعروفة عند البالغين

والشيء الذي يستحق الذكر هنا والمستمد من المشاهدات المحلية في الوقت الحاضر هو ان عدد وقائع هذه الآفة في بندق خاصة أصبح في تناقص ويتضح ذلك بصورة خاصة في قلة اصابة الاجانب القاطنين في بندق ولو بعد مرور سنين طويلة من اقامتهم في البلد ويمزى ذلك حسبما نمتد الى التقدم الحاصل بتطبيق القواعد الصحية من قبل الاهلين

تبدىء الاصابة في الصيف في شهر حزيران وتموز او اغسطس وبعد انتهاء دور التفريخ الذي يتراوح بين الشهرين والثلاثة أشهر في اغلب الحوادث تظهر الحبة وتنمو الى شهر كانون الاول اذ تدخل في دور النضوج وتبقى الى شهر آذار ومن ثم نشفى تدريجياً. واذا ظهرت الحبة في غير الاوقات المذكورة فيمكن اعزاء ذلك الى زيادة مدة دور التفريخ. اما الجيوب التي يمكن ظهورها بنتيجة التلقيح الذاتي فليس لها قاعدة ثابتة

البحث السريري . دور التفريخ : لا يمكن البت في تعيين دور التفريخ في حبة بندق وذلك لصعوبة تحديد تاريخ ابتداء الاصابة الطبيعية كما ان درس هذا البحث يجابه صعوبات مختلفة ولا أجل ذلك فقد اتجه الذين درسوا هذا البحث الى التلقيح التجريبي عند الحيوانات والانسان لحل هذه المعضلة فمثلاً بين لافران (A. Laveran) خمسة عشر يوماً لا أقصر مدة لإصابة. أشهر لا أطول مدة وشهرين للمدة المتوسطة. وقد ذكر ونيون

(G. M. Wenyon) حوادث للمراق كانت فيها المدة تتراوح من خمسة عشر يوماً والسته اشهر ويظهر ان مدة التفريخ المتوسطة تتراوح بين الشهرين والثلاثة اشهر في اغلب الاحوال

الوصف السريري : تشاهد حبة الشرق في بغداد على نوعين بالنظر لشكلها وحجمها فالنوع الاول تكون فيه الحبة عقدية لا تتفرح عادة واذا تفرحت فانها لا تنتشر بل تبقى صغيرة . والنوع الثاني تتفرح فيه الحبة عاجلاً بانتشار الموات في البشرة السطحية من الجلد وهذا يمتد الى اطراف الحبة ويكبر خاصة اذا حصل اختلاط ثانوي كما هو الحال في هذه الوقائع تطور الآفة : تظهر في بادى الامر الحبة كبقعة حمراء صغيرة اشبه بمضة البموض ولكنها تدوم وتكبر وتصبح حليلة تنوسطها عقيدة ومن هذا الدور يختلف تطورها فاذا كانت من النوع العقدي يظهر على سطحها قشور بيضاء يابسة متفلسة وعند سقوطها تظهر تحتها الآفة على هيئة منطقة متحبة ذات لون ضارب الى الحمرة ويمتد ذلك تكوّن قشرة اخرى تغطي هذه المنطقة حتى يتم تحتها النسيج التندبي . ولا يطول بقاء هذه القشرة اذ تسقط كاشفة عن منطقة ندية بيضاء صغيرة ومحفورة قليلاً لا تتجاوز عادة حجم الفللس مع العلم بان ذلك يتوقف على كبر العقدة الاصلية

اما في النوع التقرحي فان تطوره يبتدىء بموات مركزي فعال في العقدة وينتشر هذا الموات فيها باتجاه محيطي وعلوي مؤدياً الى تفرح العقدة ويتم ذلك خلال بضعة اسابيع وتبلغ عادة سعة التفرح الناتج من هذا الموات ما يقارب سطح الريال بالتماماً دور النضوج . وفي هذه الحالة ينطوي سطح

القرحة الذي لا يخلو من جرائم ثانوية وخاصة من نوع المكورات المنقودية طبقة مكوّنة من تجمد النضيف الحاصل منها

واذا سقطت القشرة لسبب من الاسباب تحل محلها بعد ايام قلائل قشرة اخرى من نفس المادة وتنصف القرحة بكونها عميقة حمراء اللون فيها عدد من الازرار اللحمية المتكاثرة وهي تكون دائرية الشكل او بيضوية غير منتظمة الحواف ومحاطة بمنطقة حمراء ويتم هذا الدور خلال مدة تتراوح بين الشهرين والخمسة اشهر ويسبق ذلك دور التندب او دور الشفاء

ان النوع المذكور هذا من الحبة يشاهد في اغلب الاحوال في العراق ولكن يمكن وجود انواع اخرى ويتوقف ذلك على عوامل مختلفة كوجود عقد ثانوية تتصل بالعقدة الاصلية مؤدياً الى حدوث قرحة واسعة والتي يمكن بدورها ان تتوسع على اثر وجود الجراثيم الثانوية. وفي احوال اخرى يمكن مشاهدة اضمحلال العقدة الاصلية تدريجياً دون ان يتم تطورها على الصورة التي سبق ذكرها

ويجري دور الالتئام او الشفاء بصورة بطيئة بزوال المنطقة الحمراء الموجودة حول الحبة ويسبق ذلك انخفاض اطراف القرحة وتزداد فعالية التورّد اللحمي في الجلد مؤدياً الى تكرار تكوين القشرة على اثر نساقتها وفي كل مرة تكون اصغر سعة من السابقة لتقدم الالتئام واخيراً تحصل الندبة بشكلها الثابت المعلوم

ان دور التطور لحبة الشرق يتوقف على عوامل عديدة ككثرة او قلة المطبقات او مقاومة الجسم ونظافة الجلد كما يتوقف ذلك على طرز التداوي

ايضاً وعلى كل حال فان هذا الدور يستغرق السنة الواحدة ولذلك سميت
الآفة ايضاً (بجبة السنة) كما انه يلاحظ احياناً ان هذا الدور يستغرق مدة
اطول لا تزيد عن الخمسة عشر شهراً أو اقل لا تقل عن الثمانية اشهر

عدد الجبات : يكون عدد الجبات عادة بين الاثنتين والخمسة كما يمكن ان
يكون عددها اقل او اكثر تكون بادوار مختلفة من تطورها

مواقع الجبات في الجسم : تظهر عادة جبة بغداد في اقسام خاصة في الجسم
كمختلف نواحي الوجه او في الساعد وظهر اليدين والساقين وظهر القدمين
كما يمكن ظهورها ايضاً في النواحي الاخرى من الجسم اذا كانت مكشوفة
ايضاً ويتوقف ذلك على عادات وطرز لباس الافراد

الاعراض : لا توجد اعراض عامة عند المصابين من الاطفال او البالغين
كما ان الاعراض المرضية تكون بسيطة وهي عبارة عن حساسية خفيفة في
منطقة الجبة وحواليها وترداد في الحالات التي تشترك فيها الجراثيم الثانوية
فقط وهذه تستبر من اهم الاختلاطات الحاصلة للجبة اذ ترى خاصة عند
الذين لا يعتنون بنظافة الجلد. ولدى حصول هذه تتفيع الجبة وتنتشر
حتى تصبح في بعض الحالات بسمة الكف مشوهة المنطقة التي تقع فيها
العامل المرضي : لقد ثبت بنتيجة مختلف التحريات الدقيقة التي اجريت من

قبل س. م. ونيون (C.M. Wenyon) في بغداد سنة ١٩١٠ ثم ف. ب.
كونور و ه. أ. شورت (F.P. Connor T.H.E. Short) عام ١٩١٨
وكذلك اكنتن (Hugh W. Acton) سنة ١٩١٩ و ر. ج.
ج. انكنس (R. G. G. Atkins) سنة ١٩٢٤ و س. ادلر ويودور

(S. Adler T O. Theodore) عام ١٩٢٨ وخاصة تحريات مالك هاتي . وملز
وجادوك (G. Mc Hattie, E.A. Mills , et Chadwick) من ١٩٢٧
الى ١٩٣٦ بان صفات العامل المرضي اي الليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica)
المسبب لهذه الآفات في العراق لا يختلف عن صفات العامل المسبب لنفس
الآفات في البلاد الاخرى اذ ان له نفس الخواص سواء كان ذلك في
اوساطه الحيوية او الزرعية

التشريح المرضي : لما كان من الصعب الحصول على النماذج اللازمة الخاصة
بمختلف ادوار تطور حبة بغداد عند الانسان لاجل فحص النسيجي
الحيوي فقد اتجه ملز . ومالك هاتي (E.A. Mills & C. McHattie)
لدراسة هذا البحث عند الكلاب ونورد فيما يلي نتائج أبحاثهم هذه
ان نمو البؤرة الابتدائية يحدث كنتيجة لتجمع الموضعي للخلايا الآكلة
الكبيرة (Macrophage Cells) التي يشاهد داخلها عدد من الليشمانيا
(Leishmania Tropica) وينتشر من هذه البؤرة ترشح بطيء في النسيج
الادمي مكون من الخلايا الآكلة الكبيرة المملوئة بالعطيليات . وان من
المظاهر التي تستدعي الالتفات ترشح الخلايا من نوع (Plasma Cell)
حول الاوعية وان لوجودها علاقة مباشرة بالاوعية الشعرية الدموية .
وبازدياد حجم العقدة يحدث التوسع على الاخص باتجاه علوي نحو سطح
الجلد كما يحدث ذلك بنفس الوقت ايضاً باتجاه جانبي . ويلاحظ في الآفات
المتقدمة استحالة بطيئة للعطيليات الموجودة داخل الخلايا القديمة بينما يرى في
الخلايا الموجودة في الاطراف عدد وافر من الليشمانيا تروبيكا لها صفات

حيوية قوية وتحمل باخذها الاصابع بصورة جيدة
 يلاحظ ايضاً بأن منشأ العقدة هو من امتزاج مجموعة وإحدة أو أكثر
 من الخلايا الجهرية . والتفرح يحمل نتيجة الموات الحاصل في بشرة الجلد
 كما ان سمة القرحة يتوقف على كبر العقدة الاصلية والعقد المشتركة معها
 ويتقدم التفرح وجود بضمة خلايا ذات النوات المتعددة وعند وقوعه يرى
 ترشح عظيم من الخلايا اللوكوسيت ويحصل الالتئام بواسطة تجبب مطرد .
 ولم يشاهد في الآفة حصول مناطق جينية (Caseation) او وجود الخلايا
 العظيمة (Giant Cells)

التشخيص : ان تشخيص حبة بغداد بدرجة من السهولة بحيث يشخصها
 الاهلون انفسهم وفي الحالات المشتبهة يكفي أخذ قليل من السائل الزرشي
 بعد زل اطراف الحبة وتحري الليشمانيا مجهرياً .

الانذار : ان حبة بغداد سليمة المواقب عدا ما يمكن ان يعقبها من التشويه
 في بعض المناطق الخاصة اذ يحصل شفاؤها في جميع الاحوال حتى اذا اهملت
 ولم تعالج ولهذا السبب يلاحظ عدم اهتمام الاهالي بمعالجتها وقد اعتادوا
 تركها وشأنها مجتازة مختلف ادوارها ورغم حصول الاختلاطات الثانوية المحتملة
البحث الوبائي ، الاصابة الطبيعية : لاحظ المتبحرون لهذا المرض انه ليس
 محصوراً في الانسان فقط بل انه يصيب بعض الحيوانات
 خاصة الكلاب واول من اشار الى ذلك ويلمن (Willemin) عام ١٨٥٤
 على اثر مشاهداته في حلب . وقد ثبت وجودها عند الكلاب في
 بلادنا حسب مشاهدات مالك هاتي . وملز . وجادويك (C. McHattie)

(Mills, & C.R. Chadwick) وذلك عام ١٩٢٧ كما ان تطور الآفة عند هذه الحيوانات هو نفس التطورات الحاصلة عند الانسان اي ظهورها في اشهر الشتاء وشفائها في شهر مايس مع العلم بان هذا المرض محصور في كلاب المدن والقرى فقط ويلاحظ بان ظهوره في كلاب البادية يحصل على اثر استصحابها الى المدن في الموسم المناسب للاصابة

وقد لاحظ المذكورون بان الاصابة تحصل عند الكلاب على اختلاف اعمارها واجناسها كما ان نتيجة تشريحهم لمائة وثلاثين جثة كلب مصابة وخص احشائها مجرياً لم يظهر وجود الليشمانيا تريويكا (Leishmania Tropica) في الاحشاء الباطنية من نخاع عظمي وكبد وطحال وبهذا يتفق وجود الليشمانيا تريويكا الباطنية وكذلك المرض الاسود او الكلازار (Kala-Azar) عند الكلاب

اما موضع الحبات عند الكلاب فيكون في النواحي الخالية من الشعر كالبرز والاذنان وقاعدة الاظافر ولم تشاهد اصابة الاغشية المخاطية للنف والانف عند هذه الحيوانات. ويعقب الاصابة عندها التذب المعطومة والمناعة الدائمة.

وقد ذكر مالك هاتي وجادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick) اصابة طيعة للذب سنة ١٩٢٦ وواقعة واحدة عند القط عام ١٩٣١ فقط. ويظهر من هذا البحث ان البؤرة لهذه الطفيليات توجد عند الانسان والكلاب خاصة من الحيوانات

الاصابة التجريبية: نظراً لاهمية موضوع الاصابة التجريبية لجبة بغداد

نورد فيما يلي بعض النقاط الخاصة بها

• لقد ذكر س . نيكول ول . مانسو (C. Nicolle L. & Manceaux) وكذلك أ . لافران (A. Laveran) نجاح التلقيح التجريبي لحبة الشرق عند الكلب ولكن س . ونيون (C. Wenyon) لم ينجح في ذلك ينفداد كما ان س . ماك هاتي و جادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick) لم يحصلوا على نتيجة مثبتة فيما يخص ذلك رغم المحاولات العديدة التي اجريهاها كتلقيحهم الحيوان بالليشمانيا ترويك (Leishmania Tropica) المأخوذة من الوسط الزرعي او رأساً من الحبة كما ان حكا انف كلب مصاب بانف كلب سليم بعد تشريطه لم يأت بنتيجة ايجابية

وقد نجحت هذه المحاولات عند حيوانات اخرى كالتقط من قبل ونيون (C. Wenyon) والقار من قبل لافران (A. Laveran) وماك هاتي . و جادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick)

وقد ظهر ايضاً على ان الحيوانات التي تفلح فيها الاصابة التجريبية الجمار والحصان والمئزة والحروف والارنب والطيور على اختلاف انواعها
لقد ذكر أ . لافران (A. Laveran) في كتابه عن الليشمانيا في الصادر عام ١٩١٧ صحيفة ٤٢٥ نقلاً عن باتريك مانسن (Patrick Marison) في كتابه عن الامراض الاستوائية (Tropical Diseases) الطبعة الخامسة صحيفة ٢١٧ ان يهود بغداد اعتادوا اجراء التلقيح الاختباري عند صغارهم في النواحي غير المكشوفة عادة من الجسم تخلصاً من حدوث اصابات الجذبات على الوجه خاصة . كما ذكر نقلاً عن الدكتور ساعاتي في الموصول

الذي يقول بنجاح التلقيح الاختياري وانه اجرى بنفسه التلقيح عند ٣٦ شخصاً ظهرت على اثرها الحبات بعد مرور شهرين منه . علي ان مارك هاتي وجادويك (C. McHattie & G. R. Chadwick) يعترفان بعدم نجاحهما بتلقيح الكلاب ولم يتمكنوا من نقل الاصابة من انسان الى انسان كما ان محاولتهما احداث الاصابة عند الإنسان بتلقيحه بالطعنيات المثقولة من وسطها الزرعي لم تثمر . وعيناً حاولنا العثور على من كان يقوم بالتلقيح الاختياري في الاوساط اليهودية في بغداد وعن طريقة اجرا ذلك فظهر لنا أنهم لا يعرفون شيئاً ثابتاً عن ذلك ولم يمتادوا ممارسته . يظهر بعد سرد ما تقدم ان ادعاء الدكتور ساعاتي بنجاحه في التلقيح الاختياري امر مشكوك فيه .

طرق انتشار ليشانيزو الجلد : كان الاعتقاد السائد قبل اكتشاف رايت (G.H. Wright) عام ١٩٠٣ العامل المرضي ان حبة الشرق تنقل بواسطة المياه والاتربة وعلى اثر ذلك نبذت هذه النظريات القديمة وحلت محلها الدراسة العلمية الحقيقية على ضوء هذا الاكتشاف فيما يخص العدوى بهذه الآفة .

ونظراً لعدم امكان نقل المرض من شخص الى شخص او من حيوان الى حيوان بصورة مباشرة في الاصابة الطبيعية وصعوبة حصولها في المحاولات التجريبية فلاجل ذلك لا يجوز قبول نظرية العدوى المباشرة من شخص مريض الى شخص سليم اذ لو وقع ذلك لشاهدنا اصاباتا طوال السنة مع اننا نرى ان لها في العراق موسماً الحاس اذ تظهر في الشتاء

فقط وتنتهي في اوائل الصيف كما ذكرناه سابقاً . وكذلك الامر في نظرية العدوى بواسطة التلقيح الذاتي فانه مشكوك فيها رغم كونها مقبولة عند البعض من المتقدمين وعلى هذا الاساس فانه ليس من الممكن ايضاً قبول نظرية التلقيح غير المباشر بواسطة الالبسة الملوثة مطلقاً .

يظهر بان الطريقة الوحيدة التي يمكن بواسطتها تفسير كيفية انتقال حبة الشرق هي الحشرات المجتحة لاسيا وان ظهور الحبات يقع عادة في المناطق المروضة للدغ وهي المكشوفة من الجسم . وعلى هذا الاساس فقد اتجه المتبعون الى دراسة انواع الحشرات للوقوف على النوع الخاص منها والذي بواسطته تتم العدوى

وقد كانت نتائج تحريات ونيون (C.M. Wenyon) عام ١٩١٠
واكتن (H. W. Acton) عام ١٩١٩ وپاتن (W.S. Patton) سنة ١٩٢٠ ومالك هاتي . و جادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick) عام ١٩٣٨ وخاصة ماك هاتي (C. McHattie) الى سنة ١٩٣٦ في العراق ان بق الفراش ، (Cimex) والبرغوث ، والقمل ، والذباب (Musca Domestica) وذباب ستوموكس (Stomoxys Calcitrans) وبرض الكلاب (Hippobosca Canina) والجيل (Hippobosca Equina) ونوع الانوفيل (Anophele) والكوليكس (Culex Fatigans) والستيكوميا (Stegomya Fasciata) من البعوض ليس لها اية علاقة بنقل حبة الشرق وان النوع الوحيد من الحشرات الذي له صلة بهذه السراية هو نوعا القليوتومس ياپاتلى وسرجتي

(*Phlebotomus Papatasi Phlebotomus Sergenti*) الموجودان في بغداد والذان يظهران من شهر مارت وزدادان عدداً تدريجياً ثم يقل وجودهما بتقدم الحر حتى يختفيان تماماً في اشهر الصيف وبعده يبدآن بالظهور في الحريف ويبقيان الى شهر نوفمبر ويسبق ذلك اختفاؤهما التدريجي ويزولان تماماً خلال فصل الشتاء

لقد اثبتت التجارب التي اجريت من قبل ادمون وسرجان (Edm & Et. Sergent) سنة ١٩١٢ وپارو . ودوناسين وبريكي (L. Parrot A, Donatien & M. Breguet) عام ١٩٢١ ثم ادلر وتودور (S. Adler & O. Theodore) في بغداد والموصل ١٩٢٥-١٩٢٩ وكذلك ماك هاتي . وجادويك ١٩٣١ وماك هاتي في بغداد ١٩٣١ - ١٩٣٦ ان لفليوتوم (Phlebotome) علاقة مباشرة في نقل طفيليات حبة الشرق وذلك بعد ان تأكدوا وجود هذه الطفيليات عنده طبيعياً واستطاعوا تحقيق احداث الآفة عند الانسان والحيوان بلدغة البعوض الحامل للطفيليات بعد ان غذي على الحبة كما انه تمكنوا من احداثها بعد زرق السائل الحاصل من سحق البعوض المصاب . وقد شوهد وجود طفيليات الليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica) ذات الاسواط (Flagelles) في الجهاز الهضمي لهذه البعوض وقد ذكر ادلر . وتودور (S. Adler & O. Theodore) الطفيليات في ٧ من ٤٠٧٠ فليوتوم (Phlebotome) كما ان پارو . ودوناسين (L. Parron & A. Donatien) وجدا واحدة من ١٨١ . اما ماك هاتي (C. McHattie)

فلم يجد القيشمانيا ترويك (Leishmania Tropica) في ١٥٠٠ فليوتوم . ويمكن تفسير ذلك مبدئياً بأن اثنان الفليوتوم بالطقليات لا يحصل اذا لم يتغذى البعوض على الآفة العمالة والا فان نتيجة لدغته في النواحي الاخرى من الجسم لا تؤدي الى اثنائه لعدم امكان وجود الطقليات في الدم المحيطي والاعتقاد هذا ربما يورث قلة اثنان الفليوتوم (Phlebotome) نظراً لقلة العدد المصاب منها

ولكن نظراً لكثرة وقائع الحبات الذي لا يتناسب مع قلة عدد الفليوتوم المصاب فان من الاخرى الاعتقاد بوجود منابع ووسائل اخرى ناقلة عدا الفليوتوم

نعتقد ان لهذه الملاحظات أهميتها فيما له علاقة بانتشار حبة الشرق لاسيما في العراق نظراً لكثرة وقائنها ونأمل ان تكون موضوع دراسة وتبجمات جدية لاجل التوصل الى حلها والوقوف على حقيقة ذلك علماً

المناعة: يظهر من المشاهدات الكثيرة ان الشخص الذي يصاب بحبة بغداد يكتسب مناعة ثابتة اذ لم يكن المعتاد اصابته للمرة الثانية وانما الناحية المهمة من هذا الموضوع هي الوقت الذي تبدأ فيه المناعة على هذا المرض الموضوعي الجلدي .

يظهر ان المناعة لا تحصل عند الشخص المصاب الا بعد اجتياز الإصابة قسماً من ادوارها وليس من الممكن تمييز الدور الذي تحصل فيه هذه المناعة اذ لوحظ حدوث اصابات متتالية في بعض الوقائع في مختلف ادوار الإصابة الاولى . كما يلاحظ ان الذين يبالغون في الدور الاول من الاصابة

ويتخلصون منها يصابون بها مرة ثانية وان ذلك لدليل على ان المناعة لم تكتسب
او لم تكن كافية في اثناء الدور القصير الذي اجتازته الحبة لوقاية الشخص
من تكرار الاصابة بها . وعلى ذلك فان لا فائدة من معالجة الحبة في ادوارها
الاولى الا اذا كانت في موضع يخشى تشويبه سوى الحالات التي تتمدد
فيها الجبات اذ يعالج قسم منها ويترك القسم الآخر لاجل اكتساب المناعة .
يستنتج مما تقدم انه من الصعب معرفة الدور الذي تحصل فيه المناعة
الثابتة وعلى كل فان من المؤكد اكتسابها بعد دور التندب

التداوي : تعالج حبة بغداد بطرق متعددة ولكننا لا نرى لزوماً لعدد
مختلف هذه الطرق وانواع الادوية المستعملة ونكتفي بذكر الطريقة التي
نستعملها والتي اعطينا نتائج حسنة .

ان اغلب الحالات التي اعتدنا معالجتها هي التي تقع في الوجه وامثال هذه
الوقائع هي التي تحمل المصاب عادة او اهله على استشارة الطبيب .
وتختلف طريقة المعالجة بنظراً حسباً تكون الحبة أو الجبات عقدية
او متفرجة .

ففي وقائع الحبة العقدية نعالجها موضعياً بزرق محلول كبريتات
البربرين (Berberine Acid Sulfate) بنسبة ٢ / ٠ وذلك بزرق المحلول
في قاعدة الحبة وفي اطرافها من نواحي مختلفة على ان تكون النكمية
المزروقة حسب سعة العقدة من ١ الى ٢ سم ٣ مرة واحدة في الاسبوع . ولم
نر لهذا النوع من التداوي اي محذور بعكس مادة الاميتين التي لا تنكر
محاذيرها ولا سيما عند الرضيع .

وقد وجدنا انه يكفي عادة زرققان او ثلاث للحصول على الشفاء التام في اغلب الاحوال وقد جربنا كبريتات البربرين (Berberine Sulfate) لأول مرة في سنة ١٩٣١ بعد الاطلاع على النتائج الحسنة على اثر استعماله من قبل ار . ل . فارما (R. L. Varma) وب. ف . كرمشنداني - P.V. Karam (chandani) في كلكتا في الهند . وبعد ان يقنا صحة ذلك شخصياً اخترناه في معالجة الحبات منذ ذلك مفضلينه على بقية المواد العلاجية

اما الاصابات المتقرحة والمصحوبة باختلاطات ثانوية فاننا نكتفي بمعالجتها بعد اسقاط القشرة بالضماد الساخن وغسلها بماء اليبور (Eau D'Alibour) الخفف بنسبة $\frac{1}{4}$ أم يـوبمده نذر عليها مسحوق الدرما تول (Dermatol) وتعاد هذه العملية مرتين يومياً في الايام الاولى ومرة واحدة فيما بعد وبهذه الطريقة تصغر الحبة تدريجياً وتعمل الى الشفاء

الوقاية : تعتمد طرق الوقاية الصحيحة من الوقوف على حقيقة منابع المرض وكيفية انتشاره ومعرفة الوسائط الناقلة له . والوقاية هذه تكون اما عامة او خاصة

الوقاية العامة : يظهر من البحث عن حبة الشرق في العراق في الوقت الحاضر ان البؤرة الحقيقية الطفيليات تـحصر في الانسان والكلب فمن الممكن اذاً اتخاذ بعض التدابير الفعالة لتقليل عدد الاصابات وحصرها . ويكون ذلك ضد الانسان بمعالجة المصابين واتخاذ الوسائل الوقائية الفردية اثناء المرض اما عند الكلاب فيمكن حصرها ايضاً بقتل المتشردة منها ومراقبة ومعالجة الكلاب الخاصة عند الحاجة

ومن اهم النواحي في الوقاية العامة مكافحة الحشرة الحاصة ناقلة الطفيليات والحشرات الاخرى بصورة عامة ولكن من الصعب تحقيق ذلك نظراً لتمدد وسعة المناطق الموبوءة بها ولما يلزم من المبالغ الجسيمة للقيام بالمشاريع الضرورية للقضاء عليها .

الوقاية الخاصة : ويراد بها الوقاية الفردية التي تتعلق بنظافة الجلد بوضع الحمايل المطهرة على مختلف الجروح والتخثرات، مهما كانت بسيطة وكذلك الانتباه الى مراعاة القواعد الصحية للنظافة لمنع حصول الاختلاطات المحتملة كما انه يجب محافظة الرضيع من التعرض الى لدغ البعوض . وفي الاحوال التي يقع فيها ذلك فان من المستحسن وضع صبغة اليود على موضع اللدغ ان المثل الاعلى للتخلص من الاصابة الطبيعية تكون طبياً باجراء التلقيح الاختياري للاشخاص في المواضع الخفية من الجسم وذلك باخذ الطفيليات اما من مصاب او من الوسط الزراعي الخاص بها والمعروف بوسط ن.ن.ن. Milieu N.N.N. (Novy - Niel Nicolle) ولكن مع الاسف تحول دون تحقيق ذلك صعوبات جمة هي السبب في عدم تطبيقه بصورة عملية واسعة .

الاستنتاج : ١ - ان حبة الشرق في العراق لها نفس الصفات المعروفة لهذه الآفة في البلاد الاخرى

٢ - تعتبر هذه الآفة من الامراض الاستيلائية وتصيب الاطفال من السكان على الاغلب

٣ - تظهر حبة الشرق في بغداد سواء كان ذلك عند الانسان او الكلاب في موسم خاص وهو فصل الشتاء

- ٤ - تكون الآفة على نوعين عقدية او متفرحة
- ٥ - تكون مدة تطور الآفة عادة سنة واحدة
- ٦ - ان الاصابة الاولى تكسب الانسان مناعة ثابتة
- ٧ - ان انذار حبة بغداد بسيط
- ٨ - لا تختلف صفات طفيليات هذه الآفة اي الليشمانيا تروبيكا (*Leishmania Tropica*) الموجودة في الحيات سواء كانت عند الانسان او الحيوانات عن صفات الطفيليات المعروفة في البلاد المختلفة
- ٩ - توجد بوثة هذه الطفيليات في العراق عند الانسان والكلاب
- ١٠ - يعتقد ان الواسطة في انتشار حبة بغداد في الوقت الحاضر هو بعوض الفليبتوم (*Phlebotome*)
- ١١ - ان المعالجة الموضعية هي اسهل وابسط طريقة لمعالجة هذه الآفة
- ١٢ - ان الوقاية العامة صعبة التحقيق كما ان الوقاية الفردية لا تأتي بالفائدة المتوخاة



الاخت

او

دمل حلب

للدكتور يوسف روضه استاذ امراض الجلد في الجامعة الاميركية (بيروت)

واسمها في العراق الاخت، في العجم حبة طهران، في حلب دمل حلب، في تركيا حبة اورفة او حبة عيتاب (عيتاب جوباني اورفة جوباني)، في الهند حبة دهلي او بانجه او دمل كوندهار او حبة ناقل، «حبة بسكرة» حبة غاسة، حبة اريحا في فلسطين، حبة النيل في مصر، حبة بشامون في لبنان وفي سوريا سوف يضعون لها اسماً بمناسبة ظهورها بشكل وبائي من بضع سنوات (حبة السنة)

ويرى القارىء ان كثرة الاسماء تضعيف الفائدة وتجعل بليلة في الافكار واحياناً تضعيف التشخيص . وبما ان هذا الدمل غير محصور في بلدة واحدة من بلاد الله ، فأني اقترح على اعضاء المؤتمر المحترمين ان يتفقوا بان يأخذوا بعين الاعتبار درس ما اذا كان ممكناً ان نضع له اسماً اقترحه على الزملاء الكرام وهو انتا كما يمكننا ان نترجم (Tropical Ulcer) بقرحة البلاد الحارة كذلك يمكننا ان نقول « دمل البلاد الحارة » عوضاً عن (دمل حلب)

وهكذا نكون قد تخلصنا من التبلبل في كثرة الاسماء وخصوصاً أن العدوى بهذا المرض ليست محصورة في البلاد الشرقية بل توجد بكثرة في المناطق الحارة وفي البرازيل والقسم الأكبر من اميركا الجنوبية حيث تعرف باسم اللشمنيز الجلدي (Dermal Leishmaniasis)

ولقد عم انتشار هذا الدم في المناطق الحارة يني الشرق مع قليل من الحوادث في اوربا واميركا الشمالية خصوصاً الولايات المتحدة عقيب الهجرة الارمنية الى تلك البلاد وفي تلك الهجرة اتخذت لها اشكالاً مختلفة في الهيئة الخارجية وفي طريقة النمو حتى انه امسى من الصعب التفريق اكلينيكيًا ومجهرياً بينها وبين بعض الحوادث الجلدية حتى على أكثر الاختصاصيين حنكة ويظهر للمطلع على التقارير الطبية الواردة من الولايات المتحدة ومن كندا ان حوادث الدم الشرقي او دمل المناطق الحارة اخذت بالانتشار ولقد عدوا سبعا في سنة ١٩٢٣ . وهي على ازدياد منذ ذلك التاريخ .

ولقد ذكرت مجلة الجمعية الطبية الاميركية في عددها (٨٠-٩٣-١٩٢٣) « عند ما نلاحظ ان كلا الشكلين من العدوى بجراثيم اللشمانيز الداخلي والجلدي تنتشر في العالم القديم تحت التأثيرات الجوية وسواها من الموامل السبب الذي بدون شك يكثر على مساحات متسعة من هذه البلاد وضمن خطوط تكتنف على الاقل ثلثي الولايات المتحدة ، يجب علينا ان نعتبر ان العدوى بمرثومة هذا المرض خطر قوي ذو اهمية كبرى »

تاريخ دمل حلب : الحقائق التاريخية الخاصة بهذا المرض ، اي دمل البلاد الحارة ترجع الى سنة ١٨٣٨ حين كتب كيون (Guillon) الذي وجد وقتئذ

في حلب لمدة ثلاثة اسابيع يصف الدمل وفي سنة ١٨٥٤ كتب الدكتور
وليم احد الاطباء الصحين الافرنسيين يصف ستين حادثة منه .
وفي عام ١٨٤٤ درس الموضوع وكتب عنه في بسكره الطيب يوجي
(Bioggy) وما سيب (Massip) وبعده كتب عنه الطيب ارنولد (Arnauld)
في الجزائر .

وكانت الفكرة المعمة وقتئذ ان العدوى تنتشر بواسطة شرب الماء
غير الطاهر او الملوث كشراب مياه نهر الكويت في حلب وعندها ظهر
بطلان تلك النظرية لانه وجد ان حوادث كثيرة ظهرت على الاشخاص
الذين لم يشربوا من تلك المياه وفي ذلك العهد الذي تبعه ظهرت عدة نظريات
وكل واحدة منها تحاول ان تظهر سبب العدوى وطريقة انتقالها الى ان ظهر
الطبيب وبر (Webber) واعتبر ان دمل البلاد الحارة يلحق وينقل بالعدوى
وفي سنة ١٨٨٠ نشر لافاران (Laveran) بعد شغل طويل ان الدمل ينقل
بالعدوى وان سببه جرثومي وان الذباب يلعب دوراً هاماً في نقل العدوى .
ولقد تبع ذلك عدة نظريات وابحاث علمية غايةا ايجاد السبب لهذا
الداء الى ان ارسل الاستاذ (ريشلت) شعاعاً من النور على السبب الحقيقي
واعتبرها من نوع البرتوزوا . وبعدها اكتشف في عام ١٩٠٣ الاستاذ
جايس هور روات (J. H. Wright) السبب الجرثومي لدمل البلاد
الحارة ولقد اقترح حينئذ له اسم هلوسكوماتروبكم (Halloscoma Tropicum)
واكتشافه هذا صدق عليه من كل الجهات العلمية ولو حفظ في حينه ان
تلك الجراثيم تشبه جرثومة اللشمانيا دونوفاني (Leishmania Donovanii)

واجمع الرأي على ان تسمى لشمينيا تروبيكا (*Leishmania Tropica*) .
انتشار الدمل: ان دمل البلاد الحارة موزع على اقطاع عديدة في العالم كما يفهم من كثرة الاسماء المطاة له وخصوصاً المناطق الحارة والشرق وزيادة للافادة نقول ان الدمل يوجد في مراکش ومصر وقبرص وجزيرة كريت وسيليسيا وفي اسيا الصغرى وسوريا (حلب والشام) وفلسطين (اريحا) وفي ما بين النهرين (بغداد) والمجمل (طهران) والقوقاز وفي تركستان والهند (دمل دلهي ولاهور) وفي اميركا الشمالية والجنوبية وبوهينيا والبرازيل والمكسيك وفي وادي الاردن الخ .

فصل الانتشار : ويظهر ان لفصول السنة تأثيراً في انتشار هذا الدمل وهذا بالنسبة الى انتشار البعوض الحامل للجرثومة . فالمرروف في بغداد وفي حلب . انه يكثر انتشار الدمل في فصل الربيع والصيف والخريف ويزيد انتشاره بالنسبة الى الاجراءات الصحية من حيث النظافة ووجود المجاري للمياه القدرة والمستنقعات وتسهيل مجاري المياه كي لا تبقى راكدة او مستنقعة فحيث الاجراءات الصحية ترى نقماً في الحوادث

ولذا ان في مدينة حلب بعد ان كان الدمل منتشراً بكثرة كلية حيث انه لم يترك شخصاً الا واصابه برشاش منه ، اخذ بالتراجع والانهزام بعد ان اخذت الحكومة بتصليح مجرى نهر الكويك وتجنيف جوانبه ومنع مياهه من الركود فاحذر الاطباء والاهالي يلاحظون ان وطأة العدوى بالدمل اخذت تخف كثيراً ويقال انه لوحظ عين النتيجة في الهند .

ويقال على كل الاحوال ان الدمل يزداد انتشاره في مدينة حلب وبغداد

في الاشهر بين نيسان وكانون الثاني ومما يلاحظ في هذه البلاد ان الدم
يظهر منذ الصغر اعني في اي وقت يمرض الطفل الى لدغ الذباب وقد لوحظ
انه غالباً يبتدىء في السنة الثانية من العمر وظهر انه من النادر ان يصل
شخص ما الى سن متقدم في العمر وينجو من آثار الدم. وغالباً من عدد
منها والحقيقة تقال انه ليس من امرأة او رجل في بغداد وفي حلب لا يحمل
على وجهه او وجهها اثر هذا الدم المشوه . ولكن في هذه الايام بين
العائلات التي تستعمل التاموسيات بدقة في مقدورهم ان يقوا اولادهم
من ان يصابوا في الصغر

لماذا انتشر في الشام وفي لبنان : بمناسبة فتح طريق الصحراء بين العراق
وسوريا وبين العراق وفلسطين وبمناسبة الهجرة الارمنية في زمن الحرب
من اسيا الى جبل الدروز ومنها الى الشام وبيروت انتشر الدم في شكل
وبائي ويرى متبع سير الدم ان حوادثه منتشرة تمام الانتشار على ساحل
البحر المتوسط حين ان في الماضي لم يكن بالامكان ان يمتد على حادثة الا
في القليل النادر .

هل ينتشر الدم في البلاد التي تكثر بها العدوى باليشانبا دونوفاني اود في
هذه المناسبة ان الفت النظر الى ان انتشار دمل البلاد الحارة يقع في بلدان
وبقع متفرقة تماماً عن الواقع التي يكثر بها حوادث الكلازار (اي ليشانبا
دونوفاني) مع ان حوادث دمل البلاد الحارة يمكن وجوهه في مناطق
هذا الاخير فترى العكس بالعكس حيث ان الكلازار لا يوجد البتة في
المناطق التي تبرد فيها الدم

ولقد شاهدت من مضي بضع سنوات مع احد الزملاء في احدى قرى لبنان حوادث كلازار (الفحص المجهرى مثبت) وايضاً بعض حوادث الدمامل ولكني اعتقد ان هذا كان من قبيل التصادف

التفسير الهستولوجي: اذا اخذنا قطعة من الحلمة (اي من الدمامل حين نموه) نرى تكاثفاً او تصلباً في الادمة (Derma) ناتجاً عن نمو في الالياف طبقة حيوية (مؤلفاً من كريات صغيرة مستديرة وهذه الكريات متفرقة بين الالياف الصحيحة خصوصاً حوالى الشريانات ومجاري الدم الايض وايضاً حوالى غدد العرق وفي اتجاهها الى وسط الحلمة تحتل تماماً الالياف الصحيحة ابن تيش جرنومة «اليشانيا ترويك» الجراثيم العائدة للدمامل اي اليشانيا ترويكاً ، توجد عادة في الطبقة الحبيبية وتكثر على حافة الدمامل . وفي الحوادث المزمنة تتسرب الى اعماق من ذلك والى الاطراف حتى في الادمة الصحيحة .

وعادة يمكن الحصول عليها واظهارها في المصل الذي يحصل عليه بعد تخريش الحافة ويجدر بنا ان ننتبه الى انه عند اجراء عملية التخريش يجب ان نجتنب اسالة الدم بكثرة وتوجد الجراثيم ايضاً في الافرازات ويمكن الحصول عليها في الافرازات ايضاً في قطع من الحلمة الدامية تجمع الجراثيم احياناً كورود صغيرة (روزة) او بشكل كتل صغيرة وفي اغلب الاحيان توجد ضمن كريات يصفه خصوصاً في (Macrophage)

(Cells or in leucocytes often in pollymorpho-nuclear ones.)

الوصف التريفي للجرنومة الجرثومة مستديرة او بيضية الشكل طولها

من ٣ - ٥ ميكرون وعرضها من ٢ - ٣ م. يوجد بها نواة متطرفة ويوجد بها جسم قابل التلون بشكل عصاة واما القسم او النوع الذي له ذنب او اهداب فيوجد عادة في الذباب او في الزرع وليس في الدمل الذي على الانسان انتشار الدمل: من انتشار الدمل بكثرة وبشكل وبائي وعلى الاجزاء المكشوفة في الجسم يفهم ان العدوى تنتشر بواسطة ذباب صغير الحجم يلدغ مثل البرغش ويعرف بالنقرس او بما هو معروف في بيروت بالسكيت واعتقد انهم يسمونه هكذا لانه يلسع بدون ان يثير اي صوت ويعرف بالقلبطوم (Phlebotom) والقلبطوم باباتسي (Phlebotom Pappatasi) الموجودة في سوريا وفلسطين وفي بسكره والقلبطوم سرجانتي (Phlebotom Sergenti) في بغداد

ولقد برهنت التجارب على الحيوانات خصوصاً على السعادين والكلاب ان الجرثومة قابلة الانتقال بالتطعيم حال كونها لا تنقل الى الحمار ولا الى البغال ولا الى الحيل ولا الى الشاة ولا الغنم اذ ان لهذه مناعة خاصة ضدها واعتقد ان الدمل مرض عادي يوجد بكثرة في الكلاب ببغداد . والقابلية للعدوى بهذا الدمل لا يحول بينها ولا تتأثر من القروق الموجودة في الاسباط (nations) ولا في الجنس النومي (sex differences) ولا العمر ولا المنعة ولا القوارق والمراكز الاجتماعية فهي تصيب كل شخص يمرض الى لدغة ذبابة ملوثة وهي تصيب الغني والفقير على السواء بدون تفريق دور الحضانة : يختلف عادة دور الحضانة من بضعة اسابيع الى بضعة اشهر اقله من الشهر الى الخمسة اشهر الى السبعة وفي قليل من الاحياز الى الستين

(نادر) والبرهان والامثلة على ذلك كثيرة والاخوان في العراق يعرفون عنها اكثر من سواهم .

مثلاً جاءني مريضة من الاسكندرية وعلى يدها اليمنى دمل صغير الحجم وفي سردها تاريخ ظهور ذلك الدمل قالت ظهر هذا على يدي كلسعة برغش منذ اربعة او خمسة اشهر واخذت تنمو الى ان وصلت الى هذا الحجم فسألته هل تسكنين الاسكندرية من زمن بعيد ؟

فاجابت : كلا . بل كنت وعائلتي في طهران قبل ذلك بسنة ولم اشعر بشيء حين كنت هناك .

وقس على ذلك حوادث عديدة خصوصاً التي تظهر في اوروبا او في اميركا وتفسير ذلك يصبح هيناً حينما نذكر دائماً ان دور الحضارة طويل . فثلاً بلغ احد السواح الذين زاروا بغداد في تاريخ ما وبعد مكوثه في بغداد مدة قصيرة يرجع الى اميركا وبعد وصوله بشهرين او ثلاثة تظهر عليه عوارض الدمل . وهذه الامثلة واردة كثيراً الآن في اوروبا واميركا كما ذكرت سابقاً ولقد توقع لي حادث ظريف سنة ١٩٢٦ حين كنت في باريز عاصمة النور والملم . سرت غدوة يوم باكرأ الى مستشفى سانت لويس واخذت لنفسي مقعداً قريباً من الاستاذ وكان يومها دور الاستاذ الشهير ميلان (Milian) وفي سير المعاينة جاء دور شاب في مقتبل العمر اشقر اللون وعلى جسره دمل خمرى اللون فاتح يلمع قليلاً ومكسو في وسطه بقشرة يعضه وهياة نظيفة اي غير متقرحة فاخذ الاستاذ بالشرح عن الحادثة دون ان يسأل الشخص عن كيفية ظهور الدمل او تاريخ ظهوره وسيره وقال

وترون يا افندية ان هذا الرجل مبتلى بالذئب الا كول التامي الحيث
(lupus végétant) واخذ يشرح عن الحادث بكل ما أوتيه من فصاحة
لسان وذكاء وعلم جم فانتظرت وانتظرت فرصة السؤال بواسطة احد معاوينه
الذي كان جالساً بجانبني فسألت الاستاذ اذا كان ممكناً ان تفكر في التفريق
ما بين الذئب الا كول وبين دمل حلب او دمل البلاد الحارة في هذه الحادثة
فنظر الي نظر الظافر وقال لي بلهجة الافرنسية الحادة

-- لا لا يا افندي فسألت ايكن سؤال المصاب اذا تغيب يوماً ما من
باريز راحلاً الى الخارج . فاجاب انه لم يكن من مانع وسأل الشاب اذا
تغيب عن باريز في احد الاوقات فاجاب بالايجاب وزاد قائلاً انه من مضي
سنة كان في حلب وانه كان مصاباً بدمل ثانٍ على خده الايمن ولقد شفي ذلك
الدمل بعد ان كوي في النار حين كان في حلب فتأكدت من تشخيصي
وبدون ان اترك اي وقت للاحراج سألت الاستاذ اذا كان ممكناً ارسال
الشاب الى المختبر لاجل فحص المصل من الدمل مجبرياً فاجاب بالايجاب
وحول الشاب الى المختبر وثاني يوم صباحاً لاقاني المعاون ومد الي يده مهتأ
قائلاً ان الجواب كان مثبتاً لدمل حلب او دمل البلاد الحارة وسرى الخبر الى
الرفاق الذين كان يفوق عددهم الاربعين طيباً واخذوا بهتشي على التشخيص
وطيبي فهم ان هذا الشاب كان في خدمة الجيش الافرنسي في الشرق. ومن
ظريف الحوادث انه يوماً كان في زيارتي الفيلسوف التركي الشهير زميلنا
الدكتور رضا توفيق بك وقريته وكنا نتكلم ونبحث عن الدممل بمناسبة
تداوي احدي السيدات المراقبات لدمل ظهر على وجهها في السن الثالثة

والثلاثين بعد ان كان ظهر في وجهها ثلاثة دمل وهي صغيرة وترك
أثرها المعلوم

واراد الدكتور رضا بك ان يريني بعض الحليما التي طلى يديه وبدي
مدامته بعد تركها شرقي الاردن وزولها في جونية بستة اشهر . ولقد تبين
بعد المعايينة ان تلك الحليما كانت دمل البلاد الحارة او الدمل الشرقي ويظهر
ان فيلسوفنا اخذ المرض في عمان ولقد سألت مؤخراً صديقي مدير صحة
شرقي الاردن عن انتشار الدمل في منطقته فاجاب :

جواب الدكتور ابو رحمة : ان دمل البلاد الحارة غير منتشر كثيراً في اماره
شرقي الاردن ومعرف بالحة السنوية او حبة حلب والحوادث المسجلة في
مصلحة الصحة هي ١٣ ، حادثة في سنة ١٩٢٨ ، ٢٠ حادثة في سنة ١٩٢٩
٣٣ حادثة سنة ١٩٣٠ ، ١٢ حادثة سنة ١٩٣١ ، ١٤ حادثة سنة ١٩٣٢ ويتبع
نفس المعدل الى ان اعطي ١١ حادثة سنة ١٩٣٧ الى ان قال ان معظم الحوادث
تأتي من وادي الاردن خصوصاً من قرب جسر النبي وان القلبطوم بابا تاسي
هو السبب في نقل العدوى وان داء الكلازار غير موجود في شرقي الاردن ،
ويمكن ان يكون دور الحضنة قصيراً خصوصاً في المناطق التي يكون
بها المرض بشكل وبائي (epidemic) او في الحوادث الملقحة اصطناعياً
(Innoculated artificially) ويظهر الدمل عادة على الاطراف المكشوفة
او المعرضة من الجسم وفادراً نجد الدمل على البطن (رأيت حادثاً في ذلك)
او الظهر او الفخذ اعني الاقسام المكسوة وذلك يفسر بان الشخص تعرض
وتلك الاقسام مكشوفة الى لدغ الذباب والاقسام التي تعاب هي اليسدان

والرجلان والانف وجفن العين والجين والاذن ولا ينمو الدم على فروة الرأس ولا على راحة اليد او الرجل
ولقد رأيت شخصياً عدة امابات في السيدات على الكتف والصدر
ويكثر هذا النوع من الظهور في جزيرة رودس وحادثه على البطن وطيمي
ان تفسر هذه الحوادث بان هؤلاء الاشخاص عرضوا تلك الماوض
الى لسع الذباب .

عده على الشخص الواحد : الدم يمكن ان يكون واحداً وهذا يعرف
بالذكر (Male) في هذه البلاد ويمكن ان يكون اكثر ويعرف بالانثى
(Female) والمتاد ان تجد من الاثنين الى الستة على شخص وفي قليل من
الحوادث وما يمد من النادر ان تجد من المائة الى المائة والستين .
ولقد رأيت هذا العدد شخصياً في امرأة أتت من بغداد وفي هذه
السنين قد رأيت حوادث عديدة منها ما هو موجود على عدد من العائلة الواحدة
ولقد اظهرت التجارب ان استحالة اليشيانا ترويكاً لا تختلف اساساً عن
كثير من البكتريا

والنشاويات لها تأثير جلي واضح على البروتين الموجودين في المطعمة
ويملك المضو قوة ازالة (protolytic) وبرهان ارتفاعه في البروتين
ظهر بزيادة امونيا المطعمة (medium) وبارتفاع في P.H.

ولقد اظهرت التجارب ان جرثومة اليشيانا ترويكاً لا تقدر ان تعيش
في ظروف تحرمها من الهواء والشمس وفيما يلي سوف نرى ان تبريض
الدم الى اشعة الشمس والاشعة البنفسجية ، واشعة فنسين (Finsen Light)

مما يساعد على النمو والانتشار

كيفية ظهور الدم: ذكرنا سابقاً أن دور الحضانة يختلف من بضعة أسابيع إلى بضعة أشهر ثم يبدأ في الظهور بشكل لسعة برغشة ذات حكة خفيفة وكلمة صغيرة جداً وصلبة (وقد لاحظت أن الأكثرية المطلقة من المرضى أو أهلهم يجاهرون أنهم أو أن مريضهم لسعته برغشة) وبعد مضي بضعة أسابيع أو أشهر على ظهورها تنمو وتكبر كلمة صلبة (Infiltrated papule) ولربما زادت الحكة قليلاً وكانت ذات لون أحمر مكسوة بقشرة بيضاء رقيقة جداً (وارجو أن يلاحظ الزملاء أن الدم لا يبتدىء كقرحة ولا يقترح إذا ترك للطبيعة بدون استعمال العلاجات الخارجية أو أي عدوى ثانوية خارجية) وقد تلتصق بما جاورها من اللحم إذا كان هناك بعض اللحم القريبة فتكون درنه كبيرة تأخذ أماً بالاكنتساء بقرع تتزايد سماكتها مع الوقت إلى حد أن يبلغ بعضها بضع سانتيمترات (وهذه هي الطريقة التي تنفي بها الطبيعة الدم من التقرح ومن التعرض إلى نور الشمس وحرارتها وهكذا تساعد الطبيعة على الشفاء بوقت قريب وبآثر صغير كما سنرى فيما بعد) أو بالتقرح وتغطي بقرعة يختلف لونها من أصفر إلى أسمر وتكون شبيهة كل الشبه بدمل كبير أو تأخذ شكل بهرمان كبير مع عدم اصطحابها بموارضه الاضطرابية

إذا كان الدم أكثر من واحد الدم الأول (Mother boil) أو اللسعة الأولى وما يتبعها من ثانية وثالثة تأخذ بالنمو إلى حجم بضعة سنتيمترات في قطرها خصوصاً إذا كانت على الوجه، أي معرضة للشمس والهواء،

والايدي والجهة والباقي تنمو يبطه ويظل حجمها صغيراً. وتادراً ما تتحد هذه الدماامل الا اذا كانت متلاصقة جداً

وتفسيري لهذا الاختلاف في الحجم هو واحد من اثنين : ١ - اما ان تكون الذبابة قد افرغت اكبر كمية موودة في بلعومها بالذعة الاولى والثانية وهذا المعقول ، ٢ - واما ان تكون الذبابة الاولى ابتدأت ان تعطي الجسم مناعة نوعاً ما ولذلك لم تنمُ السمات المتتابعة كالاولى

والدمل كما ذكرت سابقاً مرتفع عن سطح الجلد على شكل اتوني واذا ترك الدمل وشأنه الى الطبيعة يأخذ القرف شكل الروبي (Rupial) اي طبقة فوق طبقة وبنتيجة ضغط هذا القرف على قبة هذا الدمل ، يحصل انخفاض (Umbilication due to Pressure) واذا ازيج القرع يتراعى لنا ان وجهه الاسفل خشن يشبه اسنان المشط او اسنان المألث (Signe de la herse) ويكون القرف في الابتداء ذا لون ابيض او ابرس ولكن مع الوقت وبما انه معرض للغيار وعوامل سواها والمدوى الثانوية بجراثيم ثابتة (Staphylococcie Strepsococcie) يتغير اللون كما ذكر سابقاً الى اصفر او الى بني ويسمك القرف ويصير قرني (Hornified) ولقد رأيت في بعض المواد ان هذا الشكل من القرف المتقرن ينمو الى حجم بضع سانتيمترات ويشبه قرناً صغيراً ولا شك عندي ان بعض الزملاء في حلب وبغداد قد شاهدوا حوادث هكذا واني ارجو ممن صادف شيئاً من هذا ان يرسل لنا صورة عنها زيادة للفائدة

ويظهر الدمل في اوله ذا لون قريب للاحمرار ويكتسب رويداً لوناً

احمر غامقاً تكسوه قشرة بيضاء رقيقة جداً ولا يصحبه ألم بل حكة خفية واحياناً تمر على ظهور الدمامل عدة اسابيع قبل ان يشعر المريض بوجوده واذا ترك حاله كما يفت بدون معالجة القسيس ووصفة المعجوز وغير الاختصاصيين قليلاً ما يتقرح واني اورد مثلاً على ذلك

جاءت الى المستوصف امرأة من جبل عامل وعلى جبينها للجهة اليمنى دمل احمر اللون سطحي نظيف لا قرف عليه يرجع تاريخ ظهوره الى واحد وعشرين سنة مضت حين سافرت هذه السيدة الى كربلاء لطلب العلم وكانت وقتئذ حاملاً وبعد ان وصلت الى كربلاء بعدة اشهر شعرت بظهور هذا الدمامل وعلمت انه دمل بغداد المعروف بالاخت فاخذت تعالجه بالمكمدات الحارة وفي الوقت المعين وضعت غلاماً وبقيت مدة قصيرة بعدها ثم رجعت الى مسقط رأسها النبطية - لبنان وبعد وصولها بوقت قصير ظهر دمل على وجه الصغير شفي بعد سنتين وترك أثراً سطحياً .

اما دمل الام فقد بقي الى العام الحادي والعشرين الى ان اتت تراجمني فرأيت دملًا يشبه كل الشبه دمل البلاد الحارة فارسلت نموذجاً من المصل الى المختبر وكانت النتيجة مثبتة والدمامل غير متقرح والغريب ان السيدة داومت كل هذه المدة على معالجة هذا الدمامل بالمكمدات الحارة ، واعتقد ان الاحتقان المستديم ساعد على حسن اعاشة الجرثومة الليشمانية وبقاء الدمامل كل هذه المدة .

والمعروف ان الدمامل بعد ان يمضي على ظهوره عدة اشهر الى السنة يشفي ويترك أثراً بسيطاً او مشوهاً بالنسبة الى تفرحه في دور اشتداده ، هذا

هو المعروف عن سبر الدمل ولكن الذي ليس بمعروف تماماً لدى الجميع هو امكان دوام وجود وفاعلية الدمل - في شكله الاصلي او يختلف نوعاً وهو الذي سوف نأتي على شرحه ونعرفه تحت اسم اللبس الشبانيوسس (*Lupus Leishmaniosus*) الى عدة سنوات اقلها الستة واكثرها السبعة عشر وارى ان الموضوع لا يخلو من طرافة اذا علمنا كيف يداوى الدمل موضعياً خصوصاً في لبنان ولربما الزملاء في بغداد يأتون على ذكر التداوي الموضعي زيادة للفائدة فمن طرق معالجة المجازر والقيس يمكننا ان نستنتج الطرق النافعة التي اتبها التجارب ولكنها لم تطبق بصورة فنية ويظهر ان الدمل كان يداوى على يد القسيس في الضيعة او البلد فاستعمله هؤلاء هو المعروف بلزقة القسيس وهي كناية عن معجون مركب من خليط من شبه زرقا « سلقات النحاس » شمع عسلي وزيت والبعض يزيدون عليه قليلاً من البارود ، وهذا المعجون يوضع على قطعة من الشاش السميك ويلصق فوق الدمل ويترك عدة اشهر (ويظهر ان هذه الصقة عدا عن انها مطهرة تساعد كثيراً على وقاية الدمل من التعرض الى الشمس والهواء) وفي غضون هذه المدة يتقرح الدمل ويحصل عدوى ثانوية من الخارج وتبدأ بالارتشاح ارتشاح مصلي يتحول الى صديد وقرف يأخذ بالكثافة تحت هذه الظروف وطرق تداوي آخر تشبها يأخذ الدمل بالتأيل للشفاء في ظرف السنة « ومن هنا سميت حبة السنة » تاركة في بعض الاحيان اقبع الاثر المشوه مثلاً ان يخسر المرء كل انفه او القسم الاكبر من اذنه او ان ينشطر جفن المريض (*Ectropion*) او كما نرى في بغداد وحلب اكثر السيدات الجيلات شوه

وجهين بأثر الدمل الواحد أو أكثر

والمعروف ان البعض يستعمل صبغة اليود أو الجبر الاحمر أو الازرق أو البنفسجي الخ . والبعض يستعمل الكي بالنار والمراهم المركبة من راسب احمر وسواها . واعتقد أن الطريقة الطبيعية افضل من كل الطرق التي ذكرت اي طريق الوقاية بإيجاد قرف سميك لسنين خلت كانت احسن الطرق وانجمها خصوصاً من جهة الاثر الخفيف الذي تتركه وكما نينا اعلام ان الدمل الذي لا يطيب في السنة الاولى ، عادة يأخذ وقتاً طويلاً اما ان يشفى مع تركه الاثر المعلوم أو ان يشفى من وسطه او في وسطه مع ظهور في اطرافه وبطريقة غير منتظمة حليجات صغيرة ذات اذن احمر خمرى مكسوة بقشرة او قرف ابيض خفيف ملتصق تمام الالتصاق وحياتاً تكون تلك الحليجات متفرقة وحياتاً ملتصقة ببعضها صلبة ولكن غالباً طرية وتتأثر بسرعة من نخرزة الدبوس مشابهة بذلك (Yellow bodies of Lupus

Vulgaris) العلامة الفارقة في الذئب الاكول وهي تلك الحليجات التي نمتبرها الآن الذئب الليشمانىوني أو الليشمانى ولدى كثير من هذه الحوادث واجمل حادثة بينها حادثة اذ كرها لتكون مثلاً لبعض الزملاء الذين يرون من هذه الحوادث ايضاً عدداً لا يستهان به ويخسونه حقه من التشخيص لا لسبب سوى ان الجبر لم يظهر ثبوت المرض إيجابياً أو لان التحص الهيستولوجي اظهر تشابهاً قوياً في العينات بين الذئب الاكول والحليجات الناتجة عن المدوى في جرثومة الليشمانيا (اي اللويس المشمانى) . الفتاة مراقبة اصيبت بعدة دمايل البلاد الحارة او الاخت كما هي معروفة موضعياً

(ولقد اصاب في ذات الوقت اخوتها في البيت وشقي الجميع الاها فانها مع الشفاء الذي حصل في وسط الدمل الذي على وجهها من الجانب الايمن ابتداءً يظهر على اطرافه حلقات صغيرة متعددة ولكن محدودة الانتشار وفي ذات الوقت كانت مصابة بيمض الدمايل في يديها فراجعت الزملاء في بغداد فشخص لها المرض الذئب الا كول فضاف الوالد وارسل ابنته الى لندن لاجل التداوي فذهبت الابنة وراجعت احد الاختصاصيين المشهورين واجرى الزميل المعالجة اللازمة ولقد ارسل قطعة مرضية (Biopsy) لمعاينتها هستولوجيا فاخذ جواباً يقول به ان النتيجة كانت تدل على ان المريضة مصابة بالسل الجلدي او الذئب الا كول لذلك اخذ يعالجها باشعة فنتسين في مستشفيات لندن لمدة ستة اشهر فاخذت الحلقات تزداد عدداً وانتشاراً حتى اكتسحت الانف وتمتدته الى الجانب الايسر من الوجه . وبعد هذه النتيجة تركت الانسة لندن الى باريس حيث راجعت اشهر الاختصاصيين فدرس الموضوع واطلع على الاربورات التي لديها وبالنسبة انخذ نفس التشخيص واخذ بمعالجتها ايضاً باشعة فنتسن فازدادت الحالة وبعد مضي بضعة اشهر تركت باريس الى بيروت وجاءت الى بيت احد انسابها وبواسطة الاستاذ الدكتور حنا زبوني اجريت معالجة الانسة وتشخيص مرضها (اللوبس الليشماني وذلك كما سألين فيما بعد اعتماداً على الشكل والتاريخ والموارض الاكلينيكية) واخذت بمعالجتها وشفيت بمدة وجيزة جداً لا تريد عن الشهر .

والاشكال التالية تظهر للزملاء اشكال اللوبس الليشماني والتي شخصت الذئب الا كول وعولجت كذلك وارى زيادة لفائدة إيقاف الزملاء على

رأي بعض الاساتذة في تشخيص هذه الحوادث اعتماداً على المكررسكوية والمستولوجية اللتين في الحوادث المزمنة لا تشفيان غليل الطيب في هذا الموضوع. مريض من ببلبك (علي . ط .) ظهر على صدغه الايمن على زاوية العين دمل وعلى خده الايمن دمل ثان صغير الحجم في بادىء الامر لم يعر المسألة اهمية، اخوه وشقيقته ايضاً مصابان بمدة دمايل على وجيهما .

(ملاحظات : ٢٥ - ١٩٣٢ - ١٩٣٤ اجتاحت سهل البقاع وزحلة وببلبك عدوى وبائية بجرثومة الليشمانية ترويكافكانت قرى قب الياس وبر الياس ومملقة زحلة وببلبك وغيرها كما يتبين من جواب الدكتور قزعون مكتسحة بهذه الموجة الوبائية واليك مطالعة الدكتور جودت قزعون طبيب بلدية قب الياس عن هذه الموجة الوبائية .

جواب الدكتور قزعون : ان الوافدة (*épidémie*) الراجمة الى حبة حلب ابتدأت في سنة ١٩٢٥ في سهل البقاع وفي قرية بر الياس ومنذ ذلك التاريخ انتشر الوباء واصبح متبلداً (*Endemie*) حتى عام ٣٣ - ٣٤ وقد قدرت عدد الاصابات التي وقعت في بر الياس نحو من خمسين اصابة ومن ثم اتسع انتشار الوباء واخذ يفتك بالقرى الثلاث كالمرج والمجدل وفي كلا القريتين انتشر انتشاراً عظيماً وجملة ما وقع من الاصابات لا يقل عن ٣٥٠ - معظمها كان يظهر في الوجه : جفن العين ، الانف ، قة الخد ، الجبين ، ظهر مشط الايدي والارجل ويندر كثيراً في الرقة والبطن .

وغالباً كنت ارى عدة حبوب لمريض واحد : قسم من الاصابات لم يشترك بالتهابات جلدية ثانوية ومنها ما اشترك فالقسم الذي لم يشترك كان

ينتهي ضمن السنة والقسم الثاني كانت تزيد مدته عن السنة وقد شاهدت عدة اصابات احدثت تشويهاً في جفون العميون فاهيك عن الوجه واكثر الاصابات كانت ترى عند النساء ويندر جداً اهتمامهم بمعالجتها حيث كانوا ولا يزالون يعتقدون انها لا تشفى قبل السنة مهما كان العلاج رغم النصائح الطبية لهم ولذا كانوا يسمونها حبة السنة وليس حبة حلب وقد كان وسيط نقل هذا الداء تجار الغنم في حلب الذين كانوا يؤمون البقاع هم ورعايتهم في كل صيف وخصوصاً بعد ان حصلت تسهيلات النقل والمواصلات بواسطة الاتومويلات وغيرها . واليك القرى القريبة من الليطاني التي حصل بها الداء وهي مجدل عنجر وبر الياس والمرج

وحدث ان علياً كان مشغولاً في اول موسم الصيف بالحصاد والتعرض لشمس محرقة فلاحظ ان الدم الذي طلى خده اخذ بالهياج والاحمرار والتضخم والانتشار الى جهة انفه فراجع بعض الاطباء الذين وصفوا له بعض المكدرات فلم يحصل على نتيجة بل بالعكس اخذ الدم يزداد حجماً وانتشاراً الى ان وصل الى الجانب الثاني من الوجه وانتهى علي من الحصاد واتى الى بيروت وراجع احد الاخصائيين الاجانب فاجرى كل المعائينات اللازمة من بكتريولوجية وهستولوجية فكانت نتيجة التشخيص الذئب الاكول .

وبدون ان يراعي التاريخ المرضي ولا الازمان (Chronicity) ولا الانتشار الوبائي للدمل في بلبك والقرى المجاورة اخذ بمداواته للذئب الاكول ودام هذا التداوي مدة ستة اشهر بدون فائدة وما بعد ذلك ارسل الي بواسطة احد الزملاء وفوراً وضمت تشخيص دمل البلاد

الحارة ودمل حلب شكل لبشمانوسي واخذت بمداواته على طريقة المرحوم استاذي الدكتور ادمس استاذ الامراض الجلدية في الجامعة الاميركية في بيروت والذي خلفته في هذا الكرسي فنال الشفاء بظرف شهر من الزمن حتى باقل من ذلك الوقت

وحسن النتيجة يدحض زعم بعض الاطباء الاجانب الموجودون بيننا في بيروت ان طريقة المرحوم الدكتور ادمس الجريئة التي امارسها من بعده ويشهد لها تلاميذي في الامس وزملائي اليوم الموجودون ينكم بانها انفع واسرع الطرق وتشفي بدون ترك اي اثر للدمل خصوصاً اذا لم يكن قد تفرح سابقاً كما سأبين فيما بعد ولا اعتقد انه يأخذ الملل الزملاء اذا ما حدثتهم عن حوادث اخرى لها اهميتها من الوجة التشخيصية ومن جهة المداواة : سيدة من بيروت ذهبت الى حلب من مدة ست سنوات ولامت هناك ليلة واحدة ورجعت الى بيروت وبعد رجوعها يفضة اشهر ظهر على ظهر يديها عدد من البقع الحمرة قريبة جداً من بعضها البعض تشبه لسع البرغش او البعوض معسوبة بحكة خفيفة فلم تأبه لها لقمها ان ذلك عارض بسيط يزول سريعاً ولكن اخذت تلك البقع تتغير الى حلقات صغيرة واخذت بالنمو الى ان اندمجت الحلقات باخواتها واخذ الجلد بالتضخم وبما ان الايدي معرضة للشمس ولتخريش اخذت الحالة تسوء الى حد انها اخذت تموقها عن عن القيام بواجبها اليتي فراجت احد الاطباء الاجانب وهو الطبيب في الحادثة الاولى فوضع تشخيصه داء الغليان المزمن (Eczema chronic) واخذ بمعالجتها مدة اربع سنوات واخيراً راجعتي فوضعت تشخيص اللوبس

الليشمانوسي وعالجتها على طريقتنا وقد نالت الشفاء التام

وحادثة رابعة ابنة صغيرة من قرب جونية في لبنان أصيبت بدممل في
جبتها فلم تراجع والدتها الطيب بناء على ان الدمل كان حبة السنة كما يسمونها
هنا وطبعي ان الابنة كانت تلعب وتعرض للشمس في اللعب فاخذ الدمل
ينتشر فضافت الام عاقبة الامر فراجعت عدة اخصائيين ومنهم الاجنبي
فبعد اجراء كل المعالجات الفنية وضع تشخيص الذئب الاكول واخذ بالمعالجة
لمدة ثلاث سنوات والمرض ينتشر انتشاراً واهيراً راجعتي الوالددة وبعد المعالجة
ودرس شكل الابتداء ووجود بعض الحوادث في الجوار وعدم نجاح التداوي
للذئب الاكول وضمت تشخيص الذئب الليشمانى واخذت اعالج الابنة
على طريقة الاستاذ الدكتور ادمس وشفيت الابنة بدون ترك اي أثر للدمل
الحادثة الخامسة ولد يبلغ الثانية عشرة من الشام ارسل الي من طرف
احد الزملاء مع الكلمة التالية - بالفرنسية ما معناها :

عزيزي - اعتقد اني تجاه حادثة الذئب الاكول من النوع النامي
المتفروح (Lupus végétant ulcératif) وله مدة من الزمن لا تزيد عن
السنة ونتيجة الفحص لم اجد أثراً للتعامل بالضغط البلوري لذلك لا اعتقد
ان الحادثة من نوع الذئب الاحمر (Lupus érythémateux) ولا يوجد
عليه اي صبغة لداء الصدف فهل تحبذون النوع الآتي من التداوي :

- ١ - شراب الايودوتايك ٢ - حقن الاتيجان متليك موضعياً
- ٣ - الاشعة البنفسجية . وهل تعتقدون ان التشيط الموضعي مما فيد لاحداث
إزنية ! انتظر مطالعتكم بهذا الخصوص

عانت المريض واخذت التاريخ الصحيح لابتداء المرض ووجود بعض الحوادث في الحلة ووجود انتشار وبائي للدمل من خمس سنوات في الشام خصوصاً في دوما وانتشاره في دمشق وموقع الدمّل وشفاؤه من الوسط ، كل هذه الاعتبارات دعيتي لان اضع تشخيص دمل البلاد الحارة او حبة حلب وكتبت الى الزميل النتيجة بعد ان اخذت الرسم عندئذٍ اخذت الجواب الآتي : (وهذا الكتاب يظهر لك القوضى في التشخيص حين يقتصر فقط على نتيجة المختبر دون اعتبار البيئة والزمن وعمل السكن وعدد الدمّل ووجوده على اقسام اخرى من الجسم كما سأبين تحت باب التشخيص) .

قال : عزيزي - تشخيصك وتعليمك سراني جداً . لا اكتبك ان هذا الحادث اشغل بالي انه اتفاني في نيسان الماضي متضخم الانف ، وافكرت ان يكون حادث افرنجي وراثي ولكن تفاعل واسرمان كان منفيّاً وبعده افكرت بداء الصدف ولكن تعامل اوسيتز مني فافكرت بالذئب الاحمر ولكن الاحمرار لم يزُل تحت ضغط القرازة (Vitro pression) وبعدها افكرت باللوبس الليشمانوسي ولكن المماينة المجهرية كانت سلبية لذلك لم يبق لدي الا الذئب الاكول ولقد ترددت كثيراً باعتبار الحادث من نوع الليشمانيا ولكن تعليمات الاساتذة غوجورو (Gougerot) وزملائه في المغرب من ان الدمّل الليشمانوسي لا يتفرح حبرني والتجأت الى الذئب الاكول الخ . وعلى الاثر اخذت كتاباً من بغداد من احد الزملاء يقول به :

« تملون ان كثيراً ما يعقب الاخت (اي الدمّل) اندفاعات جلدية على التذبة . كنت ولا ازال اشخصها حتى الآن بالذئب الاكول ولا زلت على

هذا الاعتقاد خصوصاً بعد ان اجريت بمض التحوص الهيستولوجية ، وكذلك ترى ان الفكرة مضطربة في صحة التشخيص . ولدي حوادث كثيرة ربما اخذ سردها اكثر وقت المؤتمر التالي: رجل من صور - لبنان اللبوس الليشاني على افعه من مدة اربع سنوات، التشخيص اكرعما الذئب الاكول تشخيصنا اللوبوس الليشاني والشفاء على طريقتنا في ظرف ١٨ يوماً بدون اثر . حادثة على الوجه من مدة ١٢ سنة التشخيص لبوس ليشاني حادثة على الوجه ايضاً في ثلاثة مواضع منذ اربع عشرة سنة تشخيص الغير الذئب الاكول ، تشخيصنا اللبوس الليشاني (لاحظ تفروق الدمل هكذا ترى ان الحوادث عديدة ومقنعة)

وقد يدهش البعض ان يعرف ان في قسم من الحوادث ان الغدد اللنفوية القريبة من المحل المصاب تتضخم في بعض الحوادث وتراها تأخذ شكل سبعة خصوصاً عند وجود الدمل على ظهر اليد او بطنها ترى الغدد اللنفوية السطحية منتشرة على طول اليد وعادة تشفى هذه الغدد من تلقاء نفسها بعد شفاء الدمل الاصلي بدون ان تفتح للخارج وتتقرح . ولقد رأيت ثلاثة حوادث من هذا النوع .

ومن الغريب ان يعلم الزملاء ان الاصابة الاولى تمنح المريض مناعة طول الحياة ولكن ليس مائة بالمائة وبحسب خبرتي انه يوجد بعض الحوادث ولو قليلة جداً تصاب ثانية في العمر بدون اي مراعاة للزمن واني اسرد ثلاثة حوادث مع شكل واحد ولقد حدثني الدكتور قدرتي بك انه رأى حوادث في بنجدل من هذا النوع

الاولى زيد . ع . من بغداد اصيب وهو صغير بالدمل في الايسر وشفي وترك أراً ظاهراً وفي السنة الماضية ظهر على وجهه ست حلقات ثلاث قرب الاثر القديم وثلاث على خده الايمن ولدى المعالجة المجهرية ظهرت جرثومة الليشمانيا وطيمعي شفي بظرف اثني عشر يوماً بطريقتنا

الحادثة الثانية سيدة عراقية من الطبقة الارستقراطية اصببت وهي صغيرة بدمل حلب وشفي في حينه ومنذ ستين مرت السيدة بيروت وكانت حلقة صغيرة على خدها الايمن ولقد تداوت وشفيت واني آسف بهذه المناسبة ان لا انشر رسمها بدون استئذائها والحادثة الثالثة امرأة من بغداد عمرها خمس وستون سنة تقريباً اصببت بالدمل وهي صغيرة وشفيت . ومن مدة اربع سنوات راجعتي وهي في بيروت في المستشفى في العيادة المجانية فوجدت على خدها الايمن خمس حلقات تشبه دمل البلاد الحارة تماماً في شكلها ولونها ومر كزها وبعد المعالجة المجهرية والحصول على جواب ايجابي عاجتها على طريقتنا فشفيت تماماً في ظرف اسبوعين فترى من تاريخ هذه الحوادث ان الدمل لا يهب مناعة على كل الحياة في جميع الحوادث وربما اراد بعض الزملاء الاعتراض على هذه النظرية وهذه المطالبة فاني ارجو منهم وخصوصاً المقيمين في بغداد وحلب والبلدان حيث الدمل متبلد ان يلاحظوا هذا الموضوع من الان فصاعداً واكون ممتناً جداً اذ هم وافوني بنتيجة ملاحظاتهم مع الاعتناء باخذ الرسم اذا امكن وتاريخ سير المرض .

ولقد اخبرني احد العراقيين ان نسياً له كان قد اصيب بالدمل في الصغر وبعد مضي خمس وثلاثين سنة تمين في احدى المقاطعات التركية التي يكثر

بها الدمل فاصيب بدمل ثانٍ

يريد بعض الكتاب الاجانب ان يقولوا ان الدمل يصيب الساكنين على الاهصاب وعلى الجبال المتوسطة الارتفاع وقليلًا ما يصيب ساكني السهول مع ان الواقع يبين غير ذلك اذ لا جبال في بغداد كما يرى الزوار الكرام ولا جبال في حلب وسهل البقاع وبعلبك الخ. ولكن اقول ان العدوى لا تحترم لا سهلاً ولا جبلاً بل هي تنتشر حيث المياه الراكدة وحيث تمش الذبابة الناقلة وحيث يوجد كلب مصاب او شخص مصاب بالدمل.

لقد فهمنا مما مضى ان جرثومة الليشمانيا ترويكاً تشبه الليشمانيا دونوفاني واقد فهمنا ان العدوى تنتقل بالواسطة ولكن اريد ان ابين للزملاء الكرام ان العدوى يمكنها ان تسري من موضع لآخر قريب على الشخص نفسه فترى ان الحليمة تنتشر الى مدى بعيد عن مركز ابتداء المرض، فان الدمل ظهر على الجهة اليمنى قريباً من الاذن وبعده انتشر الى ان وصل الى الانف ومرت من فوقه ووصل الى الجهة اليسرى من الوجه

وفهم من مطالعة ابحاث لبعض مثال نيكوشي «Nugochi» ان جرثومة الليشمانيا ترويكاً تتأثر وتتغير الى درجة ما من جهة النضوج في جهاز الذبابة قبل ان تنمو على المصاب ومن قوله انه اخذها حشرة الباباقي وتركناها تنمى دماً من دمل وتركناها تلدغ شخصاً ما، عادة لا يصاب اللدوغ بالدمل لكن اذا اخذنا تلك الحشرة الذبابة ووضعناها تحت حرارة ١٩ الى ٢٥ حرارة سائر اد يمكن ان تنقل العدوى بصورة فعالة جدية ثمانية ايام بعد ان

تكون اخذت الجرثومة هي نفسها .

والفهوم من ذلك انه لا بد من تغيرات تحصل في الجرثومة وهي في باعوم الذبابة قبل ان تصبح معدية وهذه التغيرات لا بد ان تأخذ بضعة ايام ولقد سمعت ان البعض من اهالي بغداد يلحق ولدهم من اشخاص مصابين وهذا التلقيح يجري في الارجل لا كتساب المناعة ولا جل دفع ظهور الاخت او الدم على وجه الولد كي لا يتشوه وجهه

التداوي : التداوي يقسم قسمين «١» الشائع بين الاهالي وهو عبارة عن استعمال (أ) صبغة اليود موضوعاً على الدم مرة في النهار (ب) - انواع الجبر خصوصاً الازرق أو الاحمر أو البنفسجي (ت) مختلف اللزقات واكثرها شيوعاً هي لزقة القسيس واعتقد ان هذه اللزقة مركبة من سلفات النحاس اي من شبه زرقاء وشمع عسلي وقليلاً من زيت الزيتون ويعمل من هذا الخليط معجون يلصق قليلاً منه على قطعة شاش بحجم الدم وتلصق هذه بعد ان تسخن قليلاً على الدم وبطبيعة الحال تلصق هذه على الجلد وتبقى الى ان تراح ، وتترك هذه اللزقة عادة الى بضعة اسابيع حتى بضعة اشهر

(٢) - المستعمل بواسطة الاطباء وهذا من المراهم المحتوية على علاجات مطهرة واكثرها استعمالاً مركبات الزئبق والدواء الذي كان يستعمله استاذي الدكتور ادمس مركب من الفلشرين وسيانور الزئبق وزرقة الميثيلان

	Grm.
Cyanide of Mercury	0,30
Methylene blue	0,30
Glycerine	30

واما الجديد فيرجع عهده الى ما بعد الحرب فالتجأ الاخصائيون الى (التلج الكربونيكي Neige carbonique (Ing) Carbon dioxide Snow وبرودته ٨٢ درجة سائغراد تحت الصفر ويحضّر بواسطة ماسورة خصوصية اخترعها الدكتور بيسي (Pussy) الاميركي لمداداة السرطان الجلدي وكان اول ما استعمالها لمداداة الدمل او الاخت او حبة حلب او السنة هو الدكتور ادمس استاذ الامراض الجلدية في الجامعة الذي صار لي الفخر ان اخلفه ولقد كان نجاحه باهراً لشفاء مرضاه على هذه الطريقة ولا تزال طريقته هذه اسرع الطرق الى شفاء الدمل واني اسف ان الزملاء الاجانب عندما لم يحصلوا على نتيجة مرضية لانهم لم يحسنوا استعمال هذا التلج وهم يخافون ان يبطؤوا الوقت اللازم ولذلك ينما نحن نحصل على نتيجة الشفاء في ظرف ثلاثة اسابيع فهم يؤخرون من شهرين الى ثلاثة اشهر النتيجة لعدم استعمالهم التلج ولقد اخترع ما يتناسب مع الآلة الاميركية آلة الاستاذ لورطه جاكوب وهي مرفوقة باسمه ٣ - الدياترمي اي الحرق بآلة تيار كهربائي مع التجمد العميق ومع منفعة هذا الشكل من التداوي فانه مع الاسف يترك أثراً موضع الكي بعكس التداوي بالتلج الذي لا يترك أثراً

الميسم «Thermo cautère» الذي يساعد على الشفاء ولكن لا يشفي تماماً لان الكي يكون سطحياً وكما علمنا ان الجرثومة تكون في العمق والاطراف السليمة ايضاً ٤ - تسليط الكلوريد اثيل «Ethyl chloride» مرتين كل يوم الى ان تطلع الحبة او الدمل ويأثر على هذا التداوي مدة لا تقل عن الشهر او اكثر ٥ - التداوي باشعة اكس او الاشعة المجهولة ولهذا التداوي يلزم استعمال

٣/٤ مقدار الاحمرار Erythema dose or Intensive dose على مرتين او ثلاث مرات ولهذا النوع من التدوي نتائج باهرة وهو لا يترك أثراً ما
٦ - التدوي بحقن النيو سالفورسان في الوريد او حقن السولي سالفورسان في العضلات ويعمل من الست الى العشر حقن على نسق تدوي الافرنجي ويضاف الى هذه الطريقة ان يستعمل موضعياً عشرة بالمئة من مسحوق النيو سالفورسان مع الغلرين مرتين في النهار

٧ - تستعمل حقن الامتين (Emetine hydrochloride) تحت الدم (local infiltration) مرة كل خمسة ايام على ثلاث الى اربع مرات ويجب ان يلاحظ انه لا يجوز قطعاً استعمال الامتين في الحوادث التي تظهر على جفن العين لانه في حوادث نادرة يحصل اهتراء يخشى منه على الجفن

٨ - تستعمل ملاح ومشتقات الترتروأمك (Tartar Emetique) مثلاً ان يؤخذ محلول اثنان بالمائة من الترترواستيه 2% ويستعمل في الوريد بجرعات صغيرة مرة كل يومين الى سائمتين مكعب في المرة وتداوم الحقن الى الخمسة والعشرين او حقن القوادين (باير) او انثيومالين (Anthiomaline) ويستعمل القوادين حقناً في الالية مبتدئين بنصف سائمتين مكعب الى خمسة سنتمترات مكعبة وتداوم هذه الحقن الى الثلاثين واعتقد ان هذه الطريقة هي اسلم من الحقن في الوريد خصوصاً في الاطفال

٩ - المستحضرات الحديثة واستعمالها بدون فهم حقيقة فعلها وتأثيرها وهي المركبات التي يدخلها الشمع كالأمبرين «Ambrine» والامبرين مضاف اليه ازرق مثالين «Methylene Blue» او كاستعمال مرهم مركب من قلقوني

وشمع وزيت ومثاليين اذرق وسيانور الزئبق (دروضة) وهو تركيب لزج يلصق على الدمل بواسطة قطعة شاش بحجم الدمل وتبقى هنالك الى ان تزال ويستقد بعض الاطباء ان حرارة الشمع المستعمل هي التي تमित جرثومة اللشمانيا وتشفي الدمل يعني انك تسيخ الامبرين بواسطة القليل المشمول وتضمه على الدمل والحرارة الناتجة لا تؤذي الجلد اي لا تحرقه فن هذا الاستنتاج يمكننا ان نفهم مدى تأثير الحرارة المصطبجة على الجرثومة فهو في الحقيقة لا تأثير لها البتة لان الزملاء الذين استعملوا الكي بالديا تريمي كانوا يجبرين بعض الاحيان على اعادة الكي اكثر من مرة وكذلك نرى انه مع استعمال الفلج الكربونيكي الذي برودته اثنان وثمانون تحت الصفر يجبر في حوادث قليلة اعادة المعالجة مرة وهنا يأتي بيت القصيد اذ اني اريد ان ابين لزملاء نظرية جديدة في الموضوع نظرية لم يبدعها احد حتى الآن الا وهي قد اصبح معلوماً لدينا ان جرثومة اللشمانيا تحب الشمس والهواء وان الطبيعة تحمي الدمل بقرف يتراصف « مثل الرويات اذا وضعت الواحدة فوق الاخرى » *Rupial crust* الى ان يبلغ من السماكة بضعة سائمترات وكذلك تقي الطبيعة الدمل من الشمس والهواء وكذلك اذا ترك هذا القرف في مكانه لمدة سنة يقع من تلقاء نفسه بدون ان يترك اراً يذ كر كما بنا اعلام والامثلة على ذلك عديدة ولذلك استند الى واحدة حدثني عنها الاستاذ الدكتور حنا زبوني الاستاذ في جامعة استانبول سابقاً قال :

اصاب الدمل احد اقارب رفيقي وهو كما تملون عراقي نظيرنا وتجمع على هذا الدمل قرف سميك وكانت تجتهد والدته بان لا يزاح ذلك

القرف ابداً وكان الدم على الوجه وكانت دائماً تنظف وجهه بيدها الى ان مضت سنة على ظهوره فيوماً من الايام وهي تغسل ولدها في الحمام وبدون قصد سقط القرف من تلقاء نفسه ولدهشتها كان الاثر طفيفاً جداً الى حد انك لا تقدر ان تميزه وزاد قائلًا ان السيدة مشيت على تلك النظرية بدون ان تعرف او تشعر لماذا

واذا اريد ان اقول ان تعرض الدم الى اشعة الشمس بقصد او بدونه او تعرض الدم الى الاشعة البنفسجية او اشعة فنين (الشمس الاصطناعية) يزيد في نمو الدم وانتشاره وابتعاد الحالة التي نسميها اللوس الليشمانى والعكس بالعكس وقاية الدم من الشمس ومن التعرض الى هب الشمس او حرارتها يشفي الدم في ظرف شهر او اكثر بدون ترك اي اثر يذكر وبناء على هذه النظرية استعمال صبغة اليود وانواع الحبر الملون وازرق المتلن ولزقة القسيس والامبرون والشمع وعلاجنا المعروف باسم (Aleppobo) كله يشفي الدم بسرعة تتناسب مع مقدار الوقاية من الشمس ونورها وفيهم بالطبع مقاومة المدوى الثانوية من الخارج (Secondary infection) بكل الطرق المطهرة لانه يجب ان يفهم انه كلما ازداد الدم تفرحاً من العدوى الثانوية كلما ازداد الاثر عمقاً وتشويهاً للمضو المصاب .

ولذلك يجب الانتباه الى نظافة الدم كل مدة الاصابة

زرع الجرثومة واستعمال الطعم (Vaccine treatment) لقد فهم ان زرع

جرثومة الليشمانيا ترويكاً من الصعب جداً ولذلك لم يتوفق اصحاب المختبرات من عمل طعم واقى او شاف من هذه الجراثيم ولكن مؤخراً ظهرت كتابة

تدل ان احد المعاهد الطبية في الهند توفق الى زرع الليشمانيا وان المعهد بالفعل قد استحصل على طعم واثق من الدمل واخذ باستماله ولقد كتبت الى الطبيب الموجع باعداد هذا الطعم ولكن مع الاسف لم احصل على جواب منه . وارجو ان كلمتي هذه عن الزرع والتطعيم سيتوسع بشرحها لحضراتكم زميلي الدكتور وليم طابوسخان الجراثيمي الشهير الموجود بينكم .

في المعالجة بطريقة الثلج بعد الكي يوضع دقائق يحصل ارتشاح موضعي وانتفاخ وبمده فقاعة كبيرة (Bullae) والجلد القريب بعد بضع ساعات ينتفخ خصوصاً اذا كان الكي قريباً من الحاجب او العين او قريباً من الشفتين وهذا الانتفاخ ينخفض ويرجع الى الطبيعة بعد مضي ثماني واربعين ساعة او اثنتين وسبعين ساعة ويجب عادة ان يحافظ على الفقاعة الى ان تنمض او تنفخ من تلقاء نفسها . والدمل المعالج بهذه الطريقة يشفى بعد مضي ثلاثة اسابيع بدون ان يترك أثراً يذكر خصوصاً اذا كان الدمل غير متفرح سابقاً وفي قليل من الحوادث يكون الطيب مجبراً على مراجعة الكي مرة ثانية خصوصاً اذا جرى الكي في وسط الدمل ولم يجبره على اطرافه ايضاً لانه كما يفت سابقاً ان جرثومة المرض تنسرب الى الالياف المجاورة وتظهر فيما بعد اذا تسنى لها بشكل اللوبس الليشمانيا

نتيجة البحث : ١ — ان الدمل الشرقي او دمل البلاد الحارة اخذ بالانتشار في فلسطين وسوريا ومنها قليلاً الى اوربا واميركا بسبب الهجرة الارمنية وفتح الصحراء بين سوريا وبين العراق وبسبب سرعة المواصلات والاتقال وفتح خط انابيب النفط بين حيفا وطرابلس ٢ — ان الدوى من الدمل تنتقل بواسطة بعوضة صغيرة (Phlebotomes) تلسع على حسب تقديري في النهار وليس في الليل .

٣ — ان الدمل اخذ بالاضمحلال في البلاد التي تجري فيها المجارر الصحية ومجفف المستنقعات وتطيف الانهر

- ٤ — ان الاجانب في بغداد يصابون غالباً على رؤوس انوفهم ،
- ٥ — عادة الدمّل يشفى في ظرف سنة ولكن في نسبة مئوية غير معينة يبقى الدمّل الى العشرين سنة .
- ٦ — انه دائماً حينما يكون الدمّل مفرداً يكون حجمه كبيراً ويمكن ان يصب قطره الى ستة سائيمترات وعند ما يكون الدمّل متعدداً فان واحداً او اثنين يكبر حجمهما والباقي يظل صغيراً .
- ٧ — ان الدمّل في الشقر (Blondes) يكبر ويتيج ويستحي اكثر منه في السمر (Brunettes)
- ٨ — ان الدمّل لا يهب مناعة طول الحياة في كل الحوادث
- ٩ — ان دور الحضانة يختلف من اسابيع في البلاد الموبوءة الى عدة اشهر اقلها السبعة
- ١٠ — ان الدمّل يمكنه الشفاء في ظرف سنة ولكنه قد يظل بشكل اللوبس الاليشاني عشرين سنة
- ١١ — ان الجرثومة الاليشانية تقدر ان تعيش مخبئة تحت الجلد مدة طويلة حيث تظهر بعدها في شكل اللوبس الاليشاني
- ١٢ — ان الدمّل الشرقي قابل الشفاء بسرعة وبدون ان يترك اثرأ ما اذا عولج باكراً قبل ان يتفرح بالوسائط الآتية: ١٥، التلج الكربونيكي ٢٥، تيار الديارمي ٣٥، اشعة اكس ١٣ — ان استعمال العلاجات المتعددة بمفردها او بمجموعها تعمل على شفاء الدمّل في ظرف مدة طويلة لا تقل عن الثلاثة اشهر وان استعمال الفيزيوتري مثل التلج الكربونيكي او تيار الديارمي واما العلاجات الرائجة استعمالها فهي محلول التارترمتك اثنان بلتة في الوريد استيوزان ، النيو استيوزان ، الفوادين الاستيوالين ، الالمتين ، النيو سافرسا ، السوليسافارسان
- التشخيص : اود ان اورد في هذه المناسبة تعليمات استاذنا الشهير الدكتور غراهم قال رحمه الله « يجب على كل طبيب ان يدرس حالة مريضه درساً متقناً من جهة تاريخ مرضه والى العوارض وضع التشخيص القريب او اشتباهه بسبب المرض وعليه بعد ذلك ان يستعين

بالتحيز والمجهز لاجل المساعدة على التشخيص في اكثر الاحيان ولتشخيص في بعض الاحيان ،
واني شخصياً اعتقد صحة هذه النظرية وهي التي كنت اجتهد بتلقيها الى تلامذتي والى
الزملاء بعض الامثلة التي يقرها الجميع فكلكم يعلم ان وجود حامل واسرمان : منفي
لا يقيد شيئاً اذا كان تاريخ المرض والعوارض وسير المرض تدل على ان المريض اصيب
بالقرحة الاولى الافرنجية واجرى له تداعي بسيط ، وتزوج الرجل واخذت امرأته
بالاجهاض حسب المتاد وهو اخذ سمه يتقل ونظره يشع الى ما هنالك من عوارض
الافرنجي وفي عين الوقت اجري لها حامل واسرمان وكان منفياً فلي الحافق عندئذ تشخيص
الافرنجي رغمًا عن ان التفاعل الواسرمانى منفياً

وقس على ذلك ايضاً ولد صغير مصاب بداء الفطر يرسل الى احدى المختبرات
فيأتيك الجواب منفياً فاذا يكون موقفك ؟ فاذا كنت طبيباً اختصاصياً يجب ان تقوم
التشخيص الكلينيكا وتداوي الولد من اجل الفطر في الغزوة رغمًا عن ان الجواب
المجهري سلبي الخ .

فاذا نحن نجاه الدمى الشرقي او دمل البلاد الحارة والوبس الليشاني واقصون في ذات
الصعوبة فانت ترى من مكاتبة الزملاء ومن الاشكال المتدرجة الصعوبة التي يلاقها الزملاء
ومع الاسف الاختصاصيين الحديثين فهم تشخيص الدمى وتأنجهم اللويس الليشاني فاذا رجوهم
ان يشمدوا على المانية المجهرية ولكن في حالة الاشتباه وتفاعل منفي ليتجروا ويمجروا
الذي نسيه في الطب التجربة العلاجية (Theraputic Test) خصوصاً بعد اخذ النقط
الآتية بين الاعتبار : ١ درس محل اقامة المريض ٢ اذا كان موجوداً في ذلك المحيط
حوادث دمل ٣ شكل او كيفية ابتداء المرض (اكثر المرضى او اهلهم يجرون عن الظهور
الاول بلذعة برغشة) ٤ نمو وسير المرض ٥ وجود اكثر من دمل وعلى مواضع مختلفة
كالوجه ، الاذن ، اليدين او الارجل ٦ وجود سواء في العائلة او الجيران ٧ شكله دملي
او بهرمانى ٨ اذا كان مصاباً بالحمسة (Umbellicatin) ٩ فحص وجهها من الاسفل
بعد ازالة القرف ودرسها اذا كانت تشبه المألش او اسنان المشط ١٠ اذا كان الدمى قد شفي
وبعد مضي زمن ظهرت الحلييات او الندبات ١١ ملاحظة ان في الحوادث الطاهرة حديثاً
بعضاً منها يكون لحصها المجهري منفياً لان الجراثيم كما اعتقد موجود على العمق (شيئاً

يشبه وجود بسيل كوخ في الذئب الاحمر) (غوجورو)
 ١٢ ملاحظة نتيجة فحص المجهر ان تكون مثبتة من الثلاثة اشهر فصاعداً (وبهذه المناسبة
 ارجو الدكتور ولیم طابو سخان الوجود بينكم ان يدي ملاحظاته)
 ١٣ ان الجرثومة في حوادث اللوبس تكون ايضاً في العمق والمطلع مجد تشابهاً بين حلة
 اللوبس الليشمانى والحلقة الاولى للدمل (وهنا ايضاً تأتي نظريه غوجورو من اجل الذئب الاحمر)
 ١٤ ان التقرح يحصل دائماً من المداخلة او المعالجة او التخريش الخارجي وانا من
 الذين يصادقون مع الاستاذ غوجورو كما اورد الزميل في كتابه ان الدم اذا ترك وشأنه
 قليلاً يتقرح ١٥ ان نذكر دائماً ان جرثومة الليشمانيا تأخذ اشكالاً شتى من وقت دخولها
 بعلوم الذئب الى وقت تلقيحها ووقت دواها على المريض
 العلاجات الموضعية : تراكيب الزئبق ، متالين ، برمنضات البوتاس الناعم شبه زرقا (سلفات
 النحاس) مع المرحم اميرين ، الشمع العادي انواع الحجر الاحمر
 ان وقاية الدم من الشمس يسجل بشفاؤه وباقل اثر ممكن وان هذه الوقاية تمنع
 حصول او تكوين اللبس الليشمانى
 وبالختام ارجو ان اكون قمت بواجبي خير قيام مع الرجاء من المجتمعين الكرام ان
 يفضلوا ويستفسروا عن اى نقطة غامضة لم افهاقها من البحث واني اشكركم جميعاً واشكر الجمعية
 الطبية المصرية وسعادة رئيسها المحترم تسليماً لنا هذا الاجتماع الطبي واشكر ايضاً الجمعية
 الطبية العراقية وسعادة رئيسها المحترم لحسن وفادتهم ولطفهم الجب .



مجلة المعهد الطبي العربي

دشق في نيسان سنة ١٩٣٨ م . الموافق لصفر سنة ١٣٥٧ هـ .

المؤتمر الطبي المصري في بغداد

للعلم جمال الدين نصار

هو اول المؤتمرات الطبية المتعقدة في العراق وعاشر مؤتمرات الجمعية الطبية المصرية عقد في بغداد من يوم الاربعاء في ٩ شباط الى يوم الاحد في ١٣ منه وقد تفضل ورعاه برعايته حضرة صاحب الجلالة غازي الاول ملك العراق خصه الله ببنائه وابقاه لرعيته .

افتتح المؤتمر في الساعة العاشرة تماماً من صباح ٩ شباط بخطاب بليغ القاه حضرة صاحب التضامنة السيد جميل المدفعي رئيس وزراء الحكومة العراقية ، مرحباً بأساطين العلوم الطبية ، مؤملاً ان يبذلوا مآثر جدودهم العرب ، راجياً ان تكون هذه المؤتمرات اكبر وسيلة للجمع والتعارف بين العرب في الاقطار العربية التي مهاشمت الاقدار ان تضع الحدود والحوجز لتفريق بين قلوب اهلها واهدافهم فوحدة الفكر والرأي تؤلف

منهم اخوة لأمة واحدة وقد شكر ايضاً الجمعية الطبية للمصرية التي كانت السبب الأول في انعقاد هذه المؤتمرات التي تخرج كثيراً من الفوائد العلمية والثقافية . وقد كان لكلمة فضامته اكبر الاثر في نفوس السامعين اذ ابان فيها درجة نفوذ الروح العربية في الشعب العراقي المثل بشخص رئيس حكومته .

وتلاه حضرة الدكتور شوكة الزهاوي رئيس الجمعية الطبية العراقية فتلا كلمة ممتعة رحب بها بالمؤتمرين .

وقام بعده حضرة صاحب السعادة علي باشا ابراهيم رئيس المؤتمر الطبي والتي كلمة جامعة ذكر فيها نبذة عن تاريخ الطب عند العرب ، وكيف ان الفضل الأول يعود الى القطرين المصري والعراقي اي منذ زمن القراعنة والاشوريين ، وكيف انطوت هذه الحضارة بعد مرور عشرة قرون عليها ، ثم انبثقت بعدها حضارة الاغريق والبطالسة فالرومان ، وبعده بزغ نجم الحضارة العربية في القرن الثامن بعد الميلاد ، وهي الحضارة التي احيت العلوم والمعارف الانسانية القديمة واشترك فيها سائر الاقطار العربية تحت لواء واحد من العراق الى سورية الى مصر الى الاندلس ، فكانت اساس النهضة الانسانية الاوربية .

وقد اتت بعد ذلك الدولة العباسية ، فكان العراق العربي هو السباق مرة اخرى في احياء العلوم والمعارف ، وكان العصر الذهبي في اوائل الدولة العباسية ، حيث نشطت الترجمة نشاطاً عظيماً ، وانشأ هارون الرشيد مدرسة الحكمة التي ضمت خزانها الوف المصنفات في مختلف العلوم ، كما كثر

عدد الاطباء في المدينة حيث بلغ ثمانمائة وستين طبيباً. وأنشئت على غرار المدرسة المذكورة مدارس في دمشق وانطاكية واسفهان وسمرقند والقاهرة وقرطبة والنجف. وظهر اذ ذاك النبوغ العربي بأجلى مظاهره وعرف العشرات من كبار العلماء وجهابذتهم ، تربطهم جميعاً رابطة الشرق العربي دون تمييز بين اقطاره وربوعه المختلفة الى ان دار القلك دورته مرة اخرى وتفككت عرى الامبراطورية العربية العظمى .

الى ان قال :

على ان يد الحدثان التي قضت على الحضارتين المصرية والعراقية القديمتين ، لم تقوَ هذه المرة على نحو الحضارة العربية ، التي وحدت اللغة والعادات والميول في تلك الاقطار ، وهيات بذلك سبباً لا تنفصم عراه ابد الدهر ولنا نحن حفدة العرب ان نعيد الى تلك الحضارة سيرتها الاولى .

وانهى كلمة بذكر الموضوعات التي انضبت للبحث في المؤتمر ، واهميتها بالنسبة للاقطار العربية واهتم بموضوع المصطلحات العربية وتعمش ان يتفق سائر الاقطار على هذه المصطلحات العربية الطيبة ليم التفاهم العلمي باستعمال تعابير عربية او عربية واحدة متفق عليها .

وقد تلاه الدكتور كمال رحيمة فالتقى قميدة جيدة حياً بها المراق قوطمت بالتصفيق مراراً .

واثبرى بعده الشاعر الممتاز الاستاذ علي الجارم فالتقى قميدة عصماء يناجي بها بغداد كانت من اجود ماسمناه .

وسار بعد ذلك سائر المؤتمرين ورجال الحكومة واصطفوا امام امانة

العاصمة حيث اخذ الرسم التذكاري المعتاد . وبعد ذلك اتجه المؤتمر نحو
 المرض الطبي المحق بالمؤتمر ، الذي خصص له بعض قاعات وهو الجمعية
 الطبية العراقية وقد حوى هذا المرض كثيراً من المروضات الدوائية
 كعامل مختلفة نذكر منها شركة باير وميرك وتروبهورك وكوداك
 بوساندوز والغ كجا وجد فيه كثير من اللوحات المرضية لأمراض مختلفة اخص
 بالذكر منها الزهري . وفي الساعة الثانية من بعد ظهر هذا اليوم اقلنا السيارات
 من دار الجمعية الطبية العراقية لزيارة المتحف العراقي ودار الآثار العراقية
 والقصر العباسي . فاخذت هذه الزيارات تأثيراً كبيراً في نفوسنا ، خاصة لما
 شاهدنا وسوم المرحوم الملك فيصل وادبته وثيابه وبعض الوثائق التاريخية
 والفرقة التي قضى فيها تغمده الله برحمته واسكنه جنات خلد . اما حفلة العشاء
 فكانت في متهى الأبهة والعظمة ، قدمها فخامة رئيس وزراء الحكومة
 العراقية في بهو امانة العاصمة ، حوت مائدة وطاب وبقيت حتى ساعة متأخرة
اليوم الثاني : عقد الاجتماع الطبي الساعة التاسعة والنصف صباحاً
 فتباحث المؤتمر بجمراحة الكبد والمرارة وموضوعات جراحية
 متنوعة وموضوعات باطنية مختلفة . وقد ذكر كثير من المشاهدات الخاصة
 في كل من هذه الابحاث . واظن ان الحياة الادارية للمؤتمر مصممة على
 طبعها وارسالها لاجضاء المؤتمر .

وفي الساعة الثانية بعد الظهر ركبنا السيارات من دار الجمعية الطبية
 العراقية لزيارة مراكز المياه في الرصافة والكرخ وقدمت لنا لجنة اسالة المياه
 حفلة شاي انيقة جداً في عمتاتها التناهمصت . بين الاناقة والبساطة . وقد

حضر الحفلة فضامة رئيس الوزراء مع بعض اركان حكومته .

وفي مساء هذا اليوم قسم حضرة صاحب المعالي امين العاصمة حفلة عشاء نصف ليلي في بهو امانة العاصمة كانت مثلاً للذوق السليم ومعبراً لما وصل اليه المراق من التقدم الاجتماعي وبعد النظر في الحياة، فليتها المراقيون يمثل هؤلاء الرجال الذين يسرون بهم بخطى واسعة نحو الحياة السعيدة . وبقيت الحفلة زاهرة زاهية حتى ساعة متأخرة من الليل .

اليوم الثالث : لم يعقد في الصباح اجتماع علمي بسبب عيد الاضحى المبارك وفي الساعة الثانية بعد الظهر زورنا المعهد الطبي العراقي والمستشفى الملكي فكان سرورنا عظيماً جداً لما رأيناه من تقدم محسوس في هذا المعهد الناشئ . الذي لم يمر على تأسيسه الا بضع سنوات . وقد توسمت تقدمه الاكيد اذا استمرت الجهود الجبارة التي يبذلها رئيسه الممتاز الاستاذ هاشم الورتى ورئيس جراحيه الاستاذ المقدم صائب شوكة والاستاذ شوكة الزهاوي . وفي الواقع ان المعهد الطبي بهذه الشخصيات الممتازة وبمن يضم اليه من الشباب العراقيين الطموحين الذين عرفنا منهم السادة الاطباء مع حفظ المناصب : صبيح الوهي ، عبد الجبار الرزملی ، عبد الحميد القصاب ، هادي الباجه جي ، عزة القيسي ، نجيب اليعقوبي وسواهم سيكون له في وقت قصير مقامه الممتاز بين المعاهد الطبية الراقية .

اما المستشفى الملكي فعلى الرغم من سمته وكثرة اسرته فهو مثال للترتيب والنظافة اللائمين بمستشفى يبنى به رجال معهد الطب المذكورون .

وما دقت الساعة الرابعة والنصف الا كنا بطريقنا الى امانة العاصمة

لحضور حفلة الشاي التي قدمتها القنصلية المصرية بمناسبة عيد ميلاد جلالة الملك فاروق الاول، والتي كان فيها جناب قنصل مصر وعقيلته مثالا للأدب والدعة والتواضع وسمو الخلق وكانت الحفلة من ابهى الحفلات واشهاها .
اليوم الرابع: كانت الموضوعات العلمية متنوعة باطنية ولتوحيد المصطلحات العربية .

وعلى ذكر المصطلحات العربية ارى ان الخطوة التي يسار عليها حتى اليوم بهذا الشأن صعبة جداً ولا تجدي نفعاً لان المباحثات في هذا الصدد لا تتعدى القاعة التي يذكر فيها هذا الموضوع . واتنا لا نصل الى عمل مشر الا بتكاتف مصر وسورية والعراق وتشكيل مجمع لغوي منها لتأليف معجم خاص بالمصطلحات الطبية فالى الحكومات التي يسيها هذا الامر ابست بكلتي هذه لان مشروعاً كهذا لا يقوم الا بمؤازرة حكومية جدية .
 وعند الظهر كانت السيارات بانتظار اعضاء المؤتمر لنقلهم الى مضارب بني تميم بالقرب من عكر كون وقد انتظرتنا رجال الامير على بعد بضعة كيلومترات بخيولهم واسلحتهم ينشدون الاناشيد العربية ويهزجون الاهازيج البدوية الى ان وصلنا الحيام فكان الامير وحاشيته بالانتظار فصاحوا الزوار فرداً فرداً ورجبوا بهم واكرموا وفادتهم . وبعد ان قدمت القهوة العربية واخذنا قسطاً من الراحة وتلذذنا بمناظر الرقص العربي والدبكة قدمت الحرفان التي كانت تزيد على الثمانين مكبة فوق الارض (بالناسف) فكانت اكلة شبيهة نادرة وبعد الطعام شكر الامير ضيوفه على تكبدهم المشاق لزيارته فرد عليه بالإستاذ زكي مبارك والآنسة زينب الحكيم والاستاذ ممدوح حتى

بكلمات تناسب المقام .

وفي المساء قدمت الجمعية الطبية المراقية حفلة شائقة فادرة المثال جمعت كل ما تصبو اليه النفس من مطربات ومشهيات واناقة وذوق وقد كان المراقيون فيها مثلاً للتواضع والكرم المريين .

اليوم الخامس : ابتدأت المواضيع الطبية في الساعة التاسعة والنصف صباحاً وكان أبرزها الحمى الرزغية والهيفضة وحة بغداد والحشية الكاذبة وعلاقتها بالعم وتوحيد المصطلحات الطبية المرية .

وفي الساعة الثانية والنصف بعد الظهر اقلتنا السيارات من دار الجمعية الطبية المراقية لزيارة القوة الجوية المراقية .

وهناك وضمت القوة الجوية المذكورة عشرين طائراً على الاقل للتحليق بمن شاء من اعضاء المؤتمر فهافت المؤتمرون وتسابقوا الى ركوب الطائرات بعد ان عرفوا ان قوادهم اولئك النسور العرب الذين ارتسمت على افواههم ابتسامات العزة والفخر وكانهم يقولون: هيا بنا ايها الاخوة لتتفق وتتضافر ونمثل بدأ واحدة في سبيل العزة المرية .

وقد طار ماينيف على المائة مؤتمرم فوق بغداد وضواحيها . ولا اغالي اذا قلت ان اجل لحظة قضيناها في بغداد هي التي كان فيها نسورنا هؤلاء العرب الاقحاح . فليباركهم الرب وليجمل منهم قوة لا تضف وعزة لا تذلل . وقد تناولنا الشاي في مقاصف جميلة جداً بدعوة القوة الجوية المذكورة وفي الساعة الثامنة والنصف مساء كانت حفلة الوداع التي تقدمها سنوياً الجمعية الطبية المصرية تكلم فيها امين العاصمة والدكتور علي باشا ابراهيم

والعشاوي بك والحكماء حنا الحياط وسامي شوكة وفؤاد غصن والياس الحوري ومصطفى شوقي ويوسف عرقنجي ورشدي التيمي وعبد الجبار الرزملی وخیل عبد الخالق وعبدالواحد الوكيل كلمات تناسب المقام .

وبذلك انتهى المؤتمر لولا ان دعوة وجهت من قبل البلاط الملكي بأمر صاحب الجلالة ورحلة الى سد الهندية وبابل كانت قد قررت في الساعة الرابعة والنصف من مساء يوم الاثنين ١٤ شباط كمل عدد المدعوين في البلاط الملكي ولم يمضِ بضعة دقائق الا ودخل الملك الشاب بين عاصفة من التصفيق بابتسامته الجذابة ولطفه المعتاد وبعد ان استوى به المقام واستراح قليلاً وتعرف الى بعض الشخصيات اتجه نحو القاعة المعدة لتناول الشاي فسار الجميع اليها وبعد قليل كان قد آن وقت انصرافه ذهب مع حاشيته الى احدى قاعات البلاط ومر المدعوون امامه واحداً بعد الآخر فودعهم وصاحفهم فرداً فرداً وبعد ان اتى على آخرهم غادر القاعة فامتطى سيارته بعاصفة التصفيق ايضاً

وفي صباح الثلاثاء اقلنا القطار من محطة غري بغداد الساعة التاسعة والنصف فوصلنا سد الهندية الساعة الحادية عشرة وخمس وثلاثين دقيقة فسد الحلة الساعة الواحدة وست دقائق حيث تناولنا الطعام الشهي بدعوة ادارة السكك الحديدية وفي نهاية الطعام رحب الدكتور عبد الحميد القصاب بالحضور بكلمة طيبة كان لها وقع كبير في النفوس فاجابه كل من الاستاذ زكي مبارك باسم الاطباء المصريين وكاتب هذه السطور باسم اطباء سورية بكلمة تناسب المقام .

وقد اقلتنا السيارات بعد ذلك الى بابل التي لم يبق منها الا خرائبها
البالية لسوء الحظ وعدنا من بابل الساعة الخامسة ميممين ببغداد بعد
ان تناولنا الشاي في القطار .

وحدثت بعد هذه التزهة سياحات لطيفة جداً الى كربلا والنجف والبصرة
والموصل والنخ . كانت قطارات الحكومة المراقبة فيها مجاناً للاعضاء
والخلاصة ان ما شاهدناه في المراق من كرم وحسن وفادة وعناية من
رجالهم وحكومتهم وشعبهم واطبايهم يجعلنا ننطلق بالشكر الكبير لهم والثناء
الماطر عليهم متمهم الله بالقوة والعزة في ظل ملكهم المحبوب انه سميع مجيب



الافرنجي وبعض عواض الارسانوبنزان (١)

للمعلم عبد النبي المحمدي

الوقاية من الافرنجي : لقد اتضح للمعلم لافاديتي ان البريمات الشاحبة تستولي على المقد التناوية بمدة نصف ساعة من دخولها جسم الانسان الامر الذي دفع الموما الى اجراء التجارب اللازمة على الحيوانات وايجاد طريقته المعروفة بالوقاية المعدنية (Métallo - prévention)

اتنا لم نجرب الطريقة المذكورة ولذا نكتفي بنقل المشاهدات الآتية :
١ - يقول المعلم روبر رابو انه شاهد حديثاً امرأة فرض انها مصابة بالافرنجي الوراثي وعولجت بالبرموت . ثم اصيبت بالافرنجي بعد اربعة اشهر مضت على المعالجة البرموتية .

٢ - ويقول العليان ليوف ولاكاسنيه ان كثيراً من المومسات اللاتي اتبعن المداواة البرموتية بناء على نتيجة واسرمان الايجابية قد اصبين بموارض افرنجية اولية او ثانوية بعد مداواتهن بمدة وجيزة .

٣ - ويقول الحكيان كيلرله وغانته من ليون ان مومساً عويث في السنة ١٩٢٩ وكان تفاعل واسرمان الدموي ايجابياً فيها واتبعت المداواة النوعية المنتظمة : الزرنيخ والبرموت حتى ايار سنة ١٩٣٣ اذ كانت نتيجة التفاعل المعلي الدموي سلبية وقد انتهت الدورة الدوائية البرموتية الاخيرة

في تموز سنة ١٩٣٣ . وشوهدت في ايلول مصابة بالواح مخاطية ايدتها البريميات الشاحبة مجهرياً والمحصن المصلي الدموي .

٤ - وان موسماً أخرى اتبعت المداواة التوعية بناء على تفاعل واسرمان الدموي . وعولجت سنتين باليزموت كانت تكرر مداواتها اربع مرات في السنة وتحقن مرتين في الاسبوع وكان عدد حقن كل دورة دوائية عشرة وقد انتهت دورة المداواة الاخيرة في ايلول سنة ١٩٣١ واصيبت في كانون الثاني سنة ١٩٣١ بقرحة افرنجية بدئية في الشفر الكبير رافقها انتباج في العقد اللثاوية وايدتها البريميات، الشاحبة التي شوهدت مجهرياً .

٥ - -- وان رجلاً اصيب بقرحة افرنجية ايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً وهولج اربع سنوات بالزربخ واليزموت واصيب بقرحة ثانية مشابة للأولى بعد مرور اربعة اشهر على آخر معالجة بزموتية رافقها انتباج عقد الارية وشوهدت البريميات مجهرياً .

٦ - وان رجلاً آخر اصيب بقرحة اولية في سنة ١٩٢٦ وهولج بسلسلتين من الارسانوبترول ثم ترك المعالجة حتى عام ١٩٣٣ اذ كان التفاعل المصلي الدموي ايجابياً شديداً فاستؤثقت المعالجة مراراً باليزموت من سنة ١٩٣٣ حتى سنة ١٩٣٥ اذ ظهرت في الناحية التناسلية قرحة افرنجية رافقها انتباج عقد الأرية وايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً وتفاعل واسرمان الدموي ويحتمل القول بأنه لا يقصد من ايراد هذه الامثلة استنباط نتيجة مخالفة لنتيجة الوقاية المعدنية بل يريدان توجيه انظار الحكماء الى ان المداواة البزموتية اذا كانت غير مواءمة لطريقة الوقاية المعدنية المهيئة بالتجارب على الحيوان

والانسان من حيث كمية العلاج اللازم حقته في كل مرة وفي الازمنة المينة قد لا تقي من استيلاء المرض وهذه الطريقة عسرة ولا يمكن اجراؤها الا في بعض حالات استثنائية .

اسقاط الافرنجي وابدته وهو في دور الحضنة : لم يراجعنا احد قبل ظهور القرحة الافرنجية الاولى قاصداً اجراء المعالجة اللازمة لاسقاط المرض فليست لدينا مشاهدات خاصة يستند اليها للحكم في ما اذا كانت المداواة النوعية تسقط الافرنجي وتبيده ام لا ؟

غير ان مشاهدة العلماء جاليس وسيدي وتزنك تلخص بان رجلاً في الاربعين من عمره صولج في الشهرين اللذين تقدما دور براية الافرنجي باربع حقن وريدية من الارسنوبنزول (٠.١٥ - ٠.٣٠ - ٠.٣٠ - ٠.٤٥) وبسبع حقن من ثاني يودور الزئبق وفي دور الحضنة بعشر حقن من ثاني يودور الزئبق لاصابته بناسور في النهاية السفلية للساق ناتج عن آفة عظمية طالت مدته واستمعى على المداواة الجراحية والطبية المختلفة وكانت المداواة المذكورة احتياطية فلم تجن آي فائدة في سير ناسور الساق وشفائه بل انه على الرغم من المداواة النوعية الآفة الذكر اصاب بقرحة افرنجية على القنصب ايدها التصلب وانتاج القند اللثاوية ووجود البريميات الشاحبة مجرباً .

ان مقدار الزرنيخ الذي اعطي في هذه الحادثة قليل ولا يكفي للقول بان الزرنيخ لا يسقط الافرنجي وهو في دور الحضنة .

اما الحادثة التي ذكرها كورد مع احد العلماء الآفني الذكر فتفيد ظهور القرحة الافرنجية في شخص كان يجرع حبات الترابرسول يوماً مدة

ثلاثة اشهر لاصابته بالزحار المزمن .

ويقول العليم دوبر رابوت انه من العادة ان يعتمد الى اجراء سلسلة مداواة افرنجية حينما يقصد اسقاط المرض ومن المعلوم انه يمكن لسلسلة واحدة من الزرنبيخ او البزموت ان تسبب سكوتاً في ظهور الاعراض السريرية او المصلية والملاحظة مدة طويلة تثبت ان هذا السكون عبارة عن فتور في سير المرض لاعن شفاؤه لانه قد شوهد عدة مرات تأخر في ظهور اعراض المرض الاولى او عدم ظهورها من نتيجة المداواة التي تستعمل بقصد الاسقاط دون ان يكون لها أدنى تأثير في سير المرض .

ويقول العليم ميلان ان الافرنجي بدون قرحة اولية يكون في بعض الحالات ناتجاً عن مداواة مسقطه .

فالافرق الا يعتمد الى المداواة النوعية بناء على الشك والشبهة وقبل تحقق المرض .

سراية الافرنجي : أبان لايتاي ولافاديتي ان البريميات الشاحبة تقوى على المعيشة ساعتين في مخاط المهبلي مما يجعل سراية الافرنجي ممكنة من امرأة لم يظهر عليها علامة افرنجية اذا فحصت فيما بعد .

سراية الافرنجي وهو في دور الحضانة اي قبل ظهور القرحة : يقول ميلان ان قروباً باشر باثمة خمر في اثناء رحلته الى المدينة واصيب بقرحة افرنجية شخصت مجبرياً بعد ظهورها بيضمة ايام وأقار أنه باشر امرأته عند رجوعه الى القرية وقبل ظهور القرحة بثمانية ايام ولم يمسسها بعده حتى يوم المعالجة . فوضع ميلان الامرأة المذكورة تحت الملاحظة واخذ يباينها اسبوعياً ولم يشاهد

قرحة افرنجية في الفرج ولا في عنق الرحم . وبعد ثلاثة اسابيع مضت على الجماع الزوجي انتبجت القعد الارية كاتباجها في الافرنجي وبعد خمسين يوماً ظهرت في المرأة اندفاعات حطاطية وكان تفاعل واسرمان الدموي ايجابياً .

ويقول المحكيم كزافيه فيلانوف ان احد الاطباء النسائين كان يتابع ابحاثه على السيلان الايض (Leucorrhée) وبماين في اكثر الايام اعضاء خيلته التناسلية فشكت في ٦ حزيران أماً في الناحية الارية اليسرى وثبت لديه ان الألم المذكور ناشئ عن انتباج خفيف في احدى القعد القنفاوية ولم يظهر له في المانة الدقيقة ادنى آفة في الناحية التناسلية وفي اليوم نفسه خرج الطبيب للسياحة بعد ان باشرها للمرة الاخيرة .

ثم ازداد حجم القعدة وظهرت قرحة افرنجية على الفرج ايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً والتفاعلات المصلية الدموية ولذا اتبعت المعالجة النوعية ولما عاد الطبيب من رحلته باشر خيلته في ٢٧ حزيران وظهر في الساعة الثامنة من مساء ٤ تموز اثتكال على القضيب وانتباج خفيف في القعد الارية اليمنى وقد حققت البريميات الشاحبة التي وجدت مجهرياً في اليوم التالي طبيعة الاثتكال . اما التفاعلات المصلية الدموية فكانت سلبية .

فلى ما تقدم اصبحت سراية الافرنجي وهو في دور الحضانة ممكنة ولا اعتراض عليها .

سراية الافرنجي بطريق الدم : ان مشاهدات سراية الافرنجي بالطريق الدموي اي بنقل الدم قليلة غير انها كافية وعققة واليسكم خلاصة الحادثة

التي ذكرها العليان بارن والآنسة ليفافر : طفلة عمرها سنتان ونصف لم تشاهد في جسها علامات الأفريقي الوراثة . أصيبت في آذار سنة ١٩٣٤ بأعراض التهاب الدماغ النومي وأجري لها أربع قنلات دموية من دم أمها فشفيت من مرضها هذا . غير أنها أصيبت في ١٥ حزيران أي بعد نقل الدم بشهرين ونصف بعوارض الأفريقي الثانوي : حطاطات ضاحخة في الناحية التناسلية وحول الشرج ، تشقق الصماغين (commissures labiales) واعطت تفاعلات الدم : واسرمان ، هشت وماينيك نتائج إيجابية

والدتها سالمة في الظاهر ولم تبدِ أراً للأفريقي الوراثة ولم تجهض ولها طفل آخر في الخامسة من عمره صحيح البدن واسرمان الدم سلبى أفادت أنه حوالي اليوم الخامس عشر من نيسان الماضي ظهرت في ناحيتها التناسلية عدة جبات دامت ستة أسابيع ولم تهتم بأمرها وقد رافقتها آلام رأسية . فحص دمها في الأول سنة ١٩٣٤ على طريقة واسرمان واعطى نتيجة إيجابية وكانت حاملاً أثناء المعالجة ثم وضعت جنيناً عطلاً قبل الميلاد الطبيعي .

فالابنة والحالة هذه اكتسبت الأفريقي الذي انكشف بعوارض ثانوية (أي بدون قرحة أولية) بالطريق الدموي .

وقد نقلت إلى الجمعية الطبية الجراحية بدمشق في جلستها المنعقدة في ٩ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ حادثة رجل كان مصاباً بألواح مخاطية ضخمة حول الشرج ويتسبج عقد الارية وبألواح مخاطية لبنية على اللوزتين وبوردية إفريقية في راحة اليدين مما لا يترك مجالاً للشك في إصابته بالأفريقي الثانوي وقد فحص دمه عدة مرات وبعد التعريض (reactivation) وكانت

نتائج تفاعلات واسرمان وماينكه سليمة .

وقد عولج معالجة غير كافية ولذا كانت العوارض الافرنجية تنكس من حين الى آخر على الرض من التفاعلات الدموية التي ظلت سليمة .

وقد اعلنا احد رفقائه بأنه اعطى من دمه بعض المرضى المحتاجين الى الاستدماه ولما سألتاه من صحة ذلك قال : انه فحص في بيروت في صيف سنة ١٩٣٦ ووجد مناسباً واعطى شيخاً لبنانياً كمية من دمه يحجل مقدارها بستين ليرة سورية ولم تمكن من اخذ المعلومات اللازمة عن حالة الشيخ الصحية وما اذا كان قد اصيب بالافرنجي بعد عملية نقل الدم ام لا ؟

وقد رغبتنا من نقل هذه الحادثة في توجيه انظار الزملاء الى ان اكثر حادثات عدوى الافرنجي بالطريق الدموي اي الناتجة عن نقل الدم كانت نتائج التفاعلات المصلية فيها سليمة وكانت ناتجة من استعمال دم المصابين بالافرنجي حديثاً وقبل الدور المصلي .

ولذا نرى الا يكتفى بنتائج التفاعلات المصلية السلية ولو كانت بعد التعريض ومن اللازم اجراء الفحص السريري عدة مرات وفي ازمة مختلفة وعدم استعمال دم المشتبه فيهم سررياً في نقل الدم حذراً من تلقيح الافرنجي بالطريق الدموي .

الافرنجي في دمشق : تلخص فيما يلي حادثات الافرنجي التي شاهدهاها

في مستوصف ابن زهر خلال السنين الخمس الاخيرة اعني من سنة ١٩٣٣ حتى سنة ١٩٣٧ وبعضاً من المشاهدات :

(عدد المرضى الذين عولجوا في مستوصف ابن زهر)

السنة	أفرنجي وراثي		عوارض الدور الثالث		عوارض الدور الثاني		القرحة الأفرنجية أولية	
	انثى	ذكور	انثى	ذكور	انثى	ذكور	انثى	ذكور
١٩٣٣	٢	٢	١٨	٣	٣٢	١٥	٠	٢
١٩٣٤	١	٢	١٥	١٣	٢٣	٢٦	٠	٣
١٩٣٥	٢	٢	١١	١١	٣٨	٥١	٠	٤
١٩٣٦	٩	٦	١٨	١٦	٣١	٥٩	٢	٢٠
١٩٣٧	٧	٣	١٩	١٣	٣٩	٥٠	٢	١٠
جمله	٢١	١٥	٨١	٥٦	١٦٣	٢٠١	٤	٣٩

شوهدت القرحة الأفرنجية الأولية في الناحية التناسلية وخارجها وواحدة
ومتمدة . وفي الرجال والنساء والأطفال .

نسبة القرحة الواقعة في الناحية التناسلية :

في الرجال ٩٣ %
في النساء ٣ في الأربعة
في الأطفال ٢ في الثلاثة

نسبة القرحة الواقعة خارج الناحية التناسلية :

في الرجال ٧ %
في النساء ١ في الأربعة
في الأطفال ١ في الثلاثة

نسبة القرحة الأفرنجية :

في الذكور ١٢٠٥ %
في الإناث ١٠٥ %

واليسم بمض المشاهدات الشخصية :

الحادثة الاولى . - مندفعات صباغية منتشرة في الوجه والطرفين العلويين والجدع .

المريض (ف . م .) عمره خمس وعشرون سنة متزوج شوهد في مستوصف ابن زهر في ٢٣ كانون الاول سنة ١٩٣٦ مصاباً بقرحتين افرنجيتين في الميزابة الحشفية رافقهما تنبج المقد الارية الموافقة وايدهما التصلب ووجود البريميات الشاحبة مجبرياً . وظهر في ٣٠ كانون الأول سنة ١٩٣٦ حطاطات عدسية صباغية خرنوية اللون انتشرت في الوجه والطرفين العلويين والجدع وزالت تماماً بالمداواة الزرنجية الزئبقية الاولى بدون ان يبقى لها اثر .

ان هذا النوع من المندفعات الحطاطية الصباغية غير الذي ذكره المؤلفون والذي هو عبارة عن بقع يرض محاطة بجلد طيممي مصبغ تلي الوردية الافرنجية واكثر ما تكون منتشرة في العنق والقسم العلوي من الصدر وتظل مدة طويلة سنة او اكثر ويكون تأثرها من المداوة النوعية غير محسوس ومنهم من يقول انها من عقايل الوردية التي تترك مدة طويلة بدون معالجة .

الحادثة الثانية . - مندفعات افرنجية اثنكالية منتشرة في ما بين الاصابع المريض (ث .) عمره ثلاثون سنة صاحب مقهى ، ليس في سوابقه الشخصية ما يفيد ذكره .

أصيب في آب سنة ١٩٣٦ باثنكال ما بين اصابع القدمين عالج به بعض الاطباء بدون فائدة . وكانت الاثنكالات تتسع يوماً عن يوم حتى اصبح غير قادر على لبس الحذاء والمشي والقيام باعماله .

استوصفنا في ١٩ ايلول شاكياً حالة قدميه والآلام التي تتناوب في اثناء المشي ولدى معانيته شوهده مصاباً بآنتكالات حمر منتشرة ومتناظرة في ثنيات ما بين اصابع القدمين وفي الوجوه الداخلية للاصابع المذكورة تفرز منها مادة مصلية مدماء منتنة ولم تتجاوز الا آنتكالات المذكورة السطوح المتماسكة من الاصابع. وشوهده ايضاً بعض آنتكالات في ثنيات ما بين اصابع اليدين. وظهر من معاناة الجسم العامة: حطاطات حمر في راحة اليدين واخص القدمين ولوحات مخاطية لبنية حول الشرج وعلى اللوزتين وظهر اللسان والشفيتين والصنق رافقها انتباج العقد اللمفاوية. فخص دمه على طريقة واسرمان وماينيكه وكانت نتيجة كل منهما ايجابية وقد افاد انه اصاب قبل ثلاثة اشهر بقرحة في القضيب لم يئمن بمداواتها وقد شفيت بدون ان يعرف ماهيتها.

الحادثة الثالثة. — مندفعات افرنجية اثنكالية ما بين الاصابع.

المريض (ج. ع.) محضر في احدى المحاكم عمره خمس وعشرون سنة احيل للمعينة لقروح بدت منذ خمسة عشر يوماً ما بين اصابع القدمين اقمده عن المشي والحركة والقيام بوظيفته. افاد انه يذهب كل يوم الى اجدب المستشفيات لاجراء الضماد بدون جدوى.

ولدى معانيته شوهده مصاباً بآنتكالات سطحية في ما بين اصابع القدمين لونها لحمي وتفرز مادة مصلية منتنة مدماء ومخطاطات دائرية احمرارية في اخص القدمين وراحة اليدين وتقرح جانبي لبعض اصابع اليدين وبالواح مخاطية لبنية باللوزتين وقرحة افرنجية لم تندمل بعد تماماً في الميزابة الحشفية

راقبها تنبج العقد الكفافية الواقعة وايدھا وجود البريميات الشاحبة مجھرياً
وتفاعل ولسرمان الدموي .

وقد قصدنا من نقل هاتين الحادثتين تنبيه الزملاء الى هذا النوع من
الاثسكالات المنتشرة التي تظهر في ما بين الاصابع في اوائل الدور الثاني
وترافق الوردية او تتقدم عليها لما لها من الشأن الكبير من حيث تشخيص
المرض باكرأ والشروع بالمداواة النوعية في حينها وبكفي ان نفكر بهذا
النوع حينما نشاهد اثسكالات في ما بين الاصابع للقيام بالتحوص السريرية
والمصيلة التي تعين لنا طيمة المرض .

هذه هي بعض خادئات الافرنجي النادرة التي شوهدت خلال السنين
الجلس الآخرة المذكورة ببقية الحادئات هي عبارة عن اصابات افرنجية ماثلة للحادئات
التي تشاهد كل يوم من قروح اولية ومندفعات ثانوية جلدية كانت او غاطية
وهو ارض ثالثة من صمغ وقروح جلدية منتشرة وبعض عوارض
مفصالية والنف . . .

بهذا وان لم يكن مستوصف ابن زهر خاصاً لمداواة الافرنجي المصبي
قد شاهدنا بعض اصابات بالتابس (tabès) والتشل العام (paralysie générale)
فعلية والحالة هذه يكون داء الافرنج موجوداً في دمشق بجميع ادواره
وانواعه المروقة .

بعض عوارض الارسنوفزان — الآلام البطنية : كثير من المرضى من يصاب
بالآلام معدية خفيفة وبغثيان او اقياء حينما تحقن اوردتهم بالارسنوفزان
وسرعان ما تزول هذه الاعراض باستعمال الادرنالين وقليل منهم من يصاب

في عقب كل حقنة بالآلام بطنية شديدة قد تجعل متابعة المداواة النوعية بالارسنوبزوان غير ممكنة بعد ان كانوا يحملونها تماما وقد شاهدنا ثلاث حادثات من هذا النوع الاخير نشأت اثنتان منها من الحقن بالنوفرسنوبزول والاخرى عن التايوسلفرسان وهذه خلاصتها :

الحادثة الاولى : - المريضة م . ج . موسم عمرها خمسون سنة اتبعت المداواة النوعية سنة ١٩٣٣ لاصابتها بتقرح افرنجي بعنق الزحم . اجري لها من مارس سنة ١٩٣٣ حتى نيسان سنة ١٩٣٤ ثلاث دورات دوائية مؤلفة كل منها من سبع حقن نوفارسنوبزول من ٠.٣٠ الى ٠.٩٠ سائغراما وقد كرر المقدار الاخير ثلاث مرات وكانت نتائجها آلام معدية شديدة في عقب الحقن الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة رافقتها اقياء مدماء : قد حالت تلك الآلام والاقياء المدماء دون امكان متابعة المعالجة النوعية بالنوفارسنوبزول

الحادثة الثانية : - موسم س . ج . في العقد الرابع من عمرها . صولت من آب سنة ١٩٣٣ حتى تشرين الثاني بثمانى حقن نوفارسنوبزول لاصابتها بتقرح افرنجي في الشفر الصغير اليسر دون ان تشمر بالآلم في عقب الحقن الوريدية ثم اجري لها من ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٤ الى ٢٤ اذار سنة ١٩٣٤ اربع حقن وريدية من النوفرسنوبزول (٠.٣٠ - ٠.٤٥ - ٠.٦٠ - ٠.٧٥) اصيبت بعد مرور عشر دقائق على الحقنة الاخيرة بالآلام معدية شديدة وقد تكررت هذه الآلام بعد اسبوع حينما حقنت اودتها مرة ثانية بـ (٠.٧٥) سائغراما من العلاج المذكور ولذا صرف النظر عن النوفرسنوبزول وتوبعت المعالجة بالبزموت والزئبق .

الحادثة الثالثة . - شوهدت بالاشتراك مع الطيم منيب الجالبي من دمشق

وهي عبارة عن مريض عمره ثلاثة وثلاثون عاماً مصاب بالفرنجي منذ سنة ١٩٣٥ وزنه ستون كيلو غراماً بوله خالٍ من الآح مدمن شرب الخمر عولج في السنة الاولى بثلاث دورات دوائية مؤلفة كل منها من خمسة غرامات ثوسلفرسان وعشر حقن بزموت دون ان يشعر بالآلم بعد الحقن الوريدية . وشرع في السنة الثانية بالمداواة بالثوسلفرسان والزئبق المنحل فحقن بفاصلة اسبوع (ب - ٠.٤٥ - ٠.٤٥ - ٠.٦٠) سائتغراماً . اصيب بعد مرور عشر دقائق على الحقنة الوريدية الاخيرة اي في الساعة العاشرة من صباح اليوم السابع من حزيران سنة ١٩٣٧ بآلام لامة شديدة في الناحية القطنية العجزية حتى اصبح غير قادر على المشي والحركة وقد وصف له احدنا الهيبوسولميت والادرالين شرباً بدون فائدة .

وكانت الآلام تنشأ من الناحية القطنية وتنتشر الى الطرفين السفليين والى الجهة الامامية من الصدر والى جدار البطن الامامي حيث ترى تقلصات العضلات واسترخاؤها مما يشابه آلام الولادة . البطن غير متنفخ ولم يكشف الفحص السريري مقرأً للآلام في احد اعضاء البطن ولا في ناحية المثانة ولا تشوشات بولية ولا انقباس المواد الغائطة والغازات المعوية

. واضطر لتسكين برحاء الآلام الى الحقن بسائتغرامين من المورفين وجبابة سادول (sédol) في منتصف الليل واخرى في منتصف اليوم التالي فسكنت الآلام تدريجياً وشفي المريض منها تماماً في صباح اليوم التاسع من حزيران وقد استؤنفت المعالجة في اليوم السادس عشر من حزيران سنة ١٩٣٧

لحقن اولاً بالادرثالين وبعد مرور عشر دقائق بـ (٠١٤٥) سائتيفراماً من النيوسلفرسان بدون ان يشعر بأدنى ألم ثم ثور على حقن النيوسلفرسان وحده ولم تتكرر تلك الآلام .

النزف الدموية التالية للعداوة بحقن الوريد بالارستونزول :

الحادثة الاولى . الموس ف . ل . عمرها خمس وثلاثون سنة اتبعت المداواة النوعية لجرثام ايجابية واسرمان الدموي . حقنت اوردها بفاصلة اسبوع بـ (٠١٣٠ - ٠١٤٥ - ٠١٦٠ - ٠١٧٥) سائتيفراماً من النوفار وقد اصبحت بعد مرور ربع ساعة على الحقنة الوريدية الاخيرة بنزف دموي رحمي وبسيلان لما بي مدمى غزير ارقى باستعمال حبابه ادرثالين تحت الجلد وغرل مكلورور القالسوم في الوريد . ثم توبعت بعد اسبوع المعالجة نفسها فحقنت اولاً بالادرثالين وبعده بـ (٠١٧٥) سائتيفراماً من النوفار فلم يتكرر النزف فيما بعد على الرغم من المتابعة على اتمام سلسلة المداواة الزرنيجية بصورة متزايدة

الحادثة الثانية . — الموس م . ج . هي المريضة التي ذكرناها في حادثات الآلام البطنية كانت تصاب بالآلام شديدة في المدة وبأقياء مدماء في عقب الحقن الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة وكانت تلك الاقياء المدماء تدوم بضع ساعات وترقأ باستعمال الادرثالين .

الحادثة الثالثة . — المريضة ذ . ح . عمرها خمسة واربعون عاماً اصبحت بالافرنجي قبل عشر سنين عولجت في سنة ١٩٣٢ بثلاث دورات من النوفار اربعة غرامات وثمانون سائتيفراماً في كل دورة لاسابها بتقرح افرنجي بسنق الرحم . وقد اصبحت في عقب الحقن الاخيرة للدورة الزرنيجية الثالثة

بإبقاء خفيفة مدماة كانت تزول من نفسها غير مستلزمة المعالجة وقد استؤثقت
المعالجة نفسها في السنة الثانية ولم تصب بنزف ما .

الحادثة الرابعة . - الموس ف . ع . مصابة بقرحة في المدة شخصت
سريراً اتبعت المداواة النوعية لاصابتها بألواح مخاطية لبنية على اللوزتين
مؤيدة بالتفاعل المصلي الدموي . اجري لها في السنة الاولى ثلاث سلاسل
مداواة من النوفار ، اربعة غرامات وثمانية اعشار الغرام في كل دورة وكانت
تقتبها في عقب كل حقنة من حقن السلسلتين الاولى والثانية ابقاء خفيفة
مدماة وقد اخذت هذه الاقلاء المدماة بالاشتداد في عقب حقن
الدورة الثالثة وكانت تدوم بضعة ايام ثم ترقأ من نفسها او من استعمال الادرنالين
لم تساعدنا الظروف على اجراء فحص الدم في هذه المشاهدات الاربع
ولم تكن النزوف الدموية فيها شديدة مستلزمة نقل الدم او مفضية الى
الموت كما في حادثة ميلان التي انتهت بالموت واظهر فحص الجثة بؤراً النهائية
نزفية في البانكرياس . وانا نعتقد ان سبب النزوف الدموية التالية لحقن الوريد
بالنوفار هو فليج الاعصاب المحركة للمروق الدموية بتأثير النوفار
السمي وهذا التأثير عبارة عن نوع من انواع البحران التيريتي ويؤيد ذلك
عدم مشاهدة اي اختلال في التوازن الدموي في حادثات النزوف الدموية
التالية للمداواة بالنوفار المدونة حتى اليوم .



الحثية الكاذبة وعلاقتها بالمقم (١)

عليم شوكة الزهاوي

بمساعدة العليم يشون رسام

ان موضوع البحث هو ان رجلاً عمره ثلاثون سنة عراقي الجنسية راجع المستشفى الملكي في بغداد يشكو المقم الذي حط من حياته الزوجية لمدة اثنتي عشرة سنة ويرجو شفاء من هذه الحالة التي حالت دون تأليفه عائلة وقد حاول التزوج ثلاث نساء بنية الحصول على ذرية لكن آماله لم تتحقق .

ان الشخص كان مصاباً بفتق اربي ولادي وكان يزعم انه سبب ذلك المقم فطلب ان يرتق فتقه فادخل السريريات الجراحية واجرى له العملية الدكتور صائب شوكت الذي لم ازل مديناً له لارساله محتويات كيس الفتق مما سهل علي درس الحالة وتمحيصها .

ان الماينة التي اجريت على المريض دلت على ان الاعضاء التناسلية كانت متكاملة اي ان القضيب كان اعتيادي الحجم لكن الصفن كان خالياً من الحمية غير انه متصل بالخط الاوسط . ان الحواص الجنسية الثانوية كانت موجودة كاللحية والشاربين ، والمسافة بين الكتفين كانت مربعة ولم يلاحظ الشحم تحت الجلد الذي يشاهد عادة في النساء كما ان الكتلة الشحمية لم تشاهد

(١) تقرير رفع الى المؤتمر الطبي المصري العاشر في بغداد

فيه فوق الناقء العاقى . الصوت هو صوت رجل وكذا الحنجرة . فيستنتج من ذلك ان الدلائل باجمها تؤيد ان الشخص كان ذكرأ . وكان الفتق اريأ ولم يدخل الصفن .

لدى العملية : اخرج الكيس القتي ولما فتح وجدت فيه الاعضاء التناسلية لكلا الجنسين فرفعت ورتق الفتق ولما شفي المريض اخرج من المستشفى فلم يمرأ كثر من اسبوعين حتى عاد اليه ثانية يشكو ضعف القوة والرغبة الجماعية وكانت قد استحوذت عليه الحالة المصيبة حتى أنه لم يسمح لنا باجراء التحريات اللازمة من الوجهة الفريزية والمرضية التي طرأت على مفرازاته الداخلية . والاستنتاج الوحيد الذي توصلنا اليه هو ان الرجل اصبح خصياً بعد ان قطعت خصيتاه اللتان كانتا في كيس الفتق ومما ايد لنا هذه الحالة هو بدء شعر الوجه بالضمور الذي كان العلامة الوحيدة الملاحظة في خلال هذه المدة القصيرة .

فحص محتويات الكيس القتي : ان محتويات الكيس القتي كانت مؤلفة من رحم كثرية الشكل تحيط بها طبقة مصلية ، جوفها اصغر من الحالة الاعتيادية ومغطى بششاء مخاطي . وغتها اطول حتى مما في الطفلة وجسمها متقلص نظير الرحم في المرأة المبجوز واكثر من ذلك وقطرها من القمر الى القنحة الخارجية عشرة سنتيمترات .

ان الاقسام التي تدعى انايب الرحم كانت مفتوحة في بدايتها فقط ومسدودة بنهايتها وطول كل منها سبعة سنتيمترات لكن نهايتها لم تكن اعتيادية اي لم يكن فيها الصيوان الذي يعطف على المبيض .

وقد وجدت غدة تشبه الميضر مقياسها $4 \times 5 / 2$ سنتيمترات تحت الانابيب من كل جهة .

وكان في جانبي الرحم الرباطان المريضان اللذان تعلق بهما القدد التناسلية المذكورة .

الخص المجهري : الرحم صنع منها مقطع طولي فبدت فيه طبقة عضلية كثيفة وطبقة ايتاليائية ضخمة ومؤلفة من طبقتين الى ثلاث طبقات خلاياها مكعبة وقسم منها مهدب . ولم نشاهد اعوجاجات في الغنبات كما في الاورام . والالياف العضلية كانت ضامرة تفرقها حزم من النسيج الضام . ولم يشاهد أثر للتلف بين الانسجة

واما القسم المتقي من الرحم فسيبحث فيه .

واخذ مقطع آخر عند اتصال الانبوب بالرحم وكان النسيج متشابهاً في الجهتين . ان هذا النسيج قد اخذ محل قسم البرزخ من الانبوب الرحمي وله طبقة مخاطية وهو يشتمل على ثلاثة او اربعة التوات غشائية . والخلايا الايتاليائية موشورية الشكل . وتلي الطبقة المخاطية الطبقة المشيمية (chorion) وهي واضحة جيداً ثم تليها طبقة عضلية كثيفة ذات الياف غير مخططة .

الحصية الكانة : اخذ مقطع منها للمقابلة مع الحصية التي سيجري البحث فيها . ان النقاط التي تشابه الحصية التي سيجري البحث فيها هي ضمور قسم الايب الحصية وعدم احتوائها على الحوين المتوي وتنسج (hyperplasia) الخلايا الخلالية

واخذ مقطع من خصية اعتيادية للمقابلة مع المقطع الآنف الذكر . حيث

يبدو النمو الطبيعي للخلايا المنتشة (germinal cells) واختلاف ظاهر بينها وبين المقطع الثالث في الخلايا الحلاقية .

يظهر في مقطع الخصية المبحوث فيها ضهور في الخلايا الايثاليالية البذرية . ومعظم الاثايب المحصورة ممتلئ بمواد مخاطية وبعضها الآخر فارغ وجدرها ضامرة والاثايب خالية من الحوين المنوي . والخلايا الحلاقية (خلايا ليديك) مضخمة وافرأها هو العامل المؤثر في حصول الفرق بين الجنسين وفي الخواص الجنسية الثانوية .

ان ضهور الاثايب يحدث ايضاً في عدة حالات متشابهة منها تأثير الاشعة المجهولة ، واشعة الراديوم ، واختلاطات النكاف في عقب امراض سارية اخرى وكاختلاط للحمى المتوجبة . ان الحالات الالتهابية قد تشمل الخصية جميعها لكنها عادة تنحصر في القسم الانبوي ولا تؤثر في خلايا « ليديك » وان سلامة هذه الخلايا في سياق الالتهابات تبقى للرجل خواصه الجنسية . اما اذا شمل الالتهاب قسمي خلايا الخصية فيكون اللاتنسج (aplasia) مزدوجاً وقد ذكر الاستاذ ويدال هذه الحالة في مريض لم تنم فيه الاعضاء الجنسية اي ان الاحليل والخصيتين كانت بحالة الطفولة وكان الشعر رقيقاً ولم ينم على الوجه والجسم ، والجلد ناعماً والحوض عريضاً كحوض الانثى والثدي كان قد تم نموه حتى ان عقلية المريض كانت تميل الى الانوثة .

وصنع مقطع طولي على قطب الخصية السفلي فبدا فيه البربخ مصفحاً بخلايا اسطوانية ومغطاً بمحفظة من النسيج الضام .

والحويلة المنوية طينية الشكل وطبقتهما الايثاليائية اسطوانية وخالية

من القطيرات الشحمية . وليس في جوفها حوي منوي ولا السائل المغذي الذي تفرزه والذي يسهل طريقة التخصر . وطبقتهما العضلية موجودة غير أنها ضامرة .

واخذ مقطع من القناة الدافقة في نقطة بعيدة عن البرمخ فبدت في النشاء المخاطي خلايا اسطوانية غير مهدبة ومتبوجة الشكل كما ان الطبقة تحت المخاط طبيعية ومثلها الطبقة العضلية .

والبروستاة تشبه عنق الرحم بالعين المجردة . اما تحت المهر فيرى فيها نسيج عضلي غير مخطط كثيف فيه كهوف صغيرة من النسيج الغدي المصنع بالخلايا الاسطوانية .

واخذ مقطع من نقطة مخنية بين الرحم والغدة فبدت فيه اوعية دموية غليظة علاها نسيج ضام متلين وتحيط بها طبقة ليفية كثيفة . وفي المقطع نسيج شحمي مشبك مع الياف عضلية غير مخططة .

الناقشة عن الحادثة: ان وجود الرحم مع قسم من الانابيب يدل على ان قنوات مولر قد تطورت بعض التطور ثم وقف تطورها . ولهذا نجد ان الرحم كانت ضامرة الا طبقتهما المخاطية التي كانت طبيعية اما السبب الذي جعل نمو هذه الطبقة حتى الدرجة الطبيعية سيكون غامضا اذا اثبتنا ان ذلك الجسم لم يحتو على المبيض في بعض نواحيه . وباعتقادي اذا فرضنا ان ذلك الشخص لا يحتوي جسمه على المبيض - والارجح ان يكون ذلك - فان القص الامامي من الغدة النخامية قد يعمل في نمو غشاء الرحم المخاطي وان يكن تأثير ذلك القص من الغدة النخامية مباشرة في غشاء الرحم المخاطي لم تدعمه

بعد اراء المتقين .

ان وجود النسيج البروستاتي بعد الرحم مباشرة تفسره لنا الحالة الطبيعية حيث ان بقايا الرحم في الذكور يبقى لها اثر في البروستاة اشبه بحبيب صغير يدعى (برحم الذكور) ففي هذه الحالة تطور هذا الاثر حتى بلغ حجم الرحم الاعتيادي اما هذا التطور فقد كان ناقصاً اي غير شامل للمحقات الرحم ولعل السبب غية الافراز الهورموني الطبيعي الاثوي .

ان غدة الجنس التي جرى البحث فيها سابقاً اثبتت انها خصية كاملة قائمة بقسم من وظيفتها اي بوظيفة الافراز الهورموني فقط بدليل ان الحواص الجنسية الثانوية لذلك الرجل كانت موجودة فيه ، اما القسم الثاني من وظيفتها اي توليد الخليات الذرية فكانت محرومة منه بدليل ان الانايب الافرازية كانت ضامرة وخالية من الحيونات المنوية . ويميز بعض ذلك الضمور الى انضغاط الغدة في كيس الفتق وبعضه الآخر الى اختلاف درجة الحرارة بين الصفن وجوف البطن وقد اجرى الن (Allen) وغيره عدة تجارب اثبتوا بها ان ارتفاع بضع درجات من الحرارة في الحمية يضر الخليات الذرية وان حرارة جوف البطن اعلى من حرارة الصفن وهي كافية لاتلاف تلك الخليات . ويعتبر الآن سبب آخر لضمور الحمية وهو قلة افرازات القصب الامامي في الغدة التنخامية ولهذا الافراز تأثير في توليد الحيونات المنوية .

تأثير الافرازات الداخلية في الاعضاء الجنسية : تحقق ميكر (Meaker)

في احصائه آتاه ان حالة المقم في ٥٧ بالمائة من مرضاه ناشجة عن اختلال

مفرزات القص الامامي للغدة النخامية والمبيض والغدة الدرقية .
 ولقص الغدة النخامية الامامي بحسب تأييد معظم المؤلفين تأثير في
 المبيض والحضبة . اي انه يثبه وظيفتي الغدة التناسلية في الذكور والاناث .
 وذلك التنبيه قد يكون ناتجاً عن اكثر من افراز واحد نخامي . ان الافراز
 النخامي في الحضبة : يثبه الحضبة لتكوين الحوين النوي وينبه الخلايا
 الحلاقية للافراز الجنسي في الذكور (افراز ليدن) ويؤثر في مبيض الانثى
 فيكون البيضات وفي خلايا الافراز الداخلي التي تهب للمرأة خواصها الجنسية
 وعدا العم الذي يسببه القص النخامي الامامي . فان الغدة الدرقية قد
 تسبب العم من النوع الوذمي النخامي (mexoedemic) وهذا هو اكبر
 دليل على تعاون الغدد . ان هذا النوع من العم المسبب من قلة افراز الغدة
 الدرقية يحل لنا مع علامات اخرى وهي انحطاط القوى العامة وغية الشعر
 والمرض الجلدي والامساك وانخفاض الدثور والتطور الاساسي (basal
 metabolism) وارتفاع مقدار القولسترين (cholesterol) في الدم وقلة
 الحيض في الابات .

تأثير الافرازات في زول الحضبة : يؤيد عدد من المؤلفين ان مفرزات القص
 النخامي تؤثر في زول الحضبة الى الصفن واستاداً الى هذا المبدأ اعطيت من
 لم تنزل خصام خلاصة هذه الغدة فتجحت هذه المداواة في عدة اشخاص
 (كولدمان واسترن Goldman & Stern) المجلة الطبية لولاية نيويورك
 ١٩٣٣ / ٣٣ / ١٠٩٥ . وقد ذكر ايضاً ان الحضبة الكامنة اذا بقيت كذلك
 الى وقت البلوغ تضمر وتصبح غير صالحة لتوليد الحوين النوي وعلى هذا الاساس

ان عدم نزول الحصى في الشخص الذي هو موضوع بحثنا يجب ان يكون مسيئاً من اختلال افراز القصد النخامي الامامي واذا سلمنا بـهـان كـهـذا عـلى اختلال تلك الغدة حق لنا ان نمزو سبب ضمور الخليات المولدة للحوين المنوي الى اختلال افراز تلك الغدة (على ألا تنهل تأثير اختلاف درجة الحرارة في الحصى وتأثير انضغاطها كما يناسباً) واخيراً ان اختلال هذه الغدة نفسها قد يكون سبباً في حالة الحثية التي نبحث فيها

نبذة عن علم الجنين : في الشهرين الاولين من تطور حياة الجنين اي في دورة قيام الكلية الوسطى (mesonephros) بوظيفتها وقبل تكون الحصى والمبيض لا يميز جنس الجنين بين الذكر والانثى ففي هذه الدورة توجد غدة تدعى الغدة التناسلية (Gonad) وهي الغدة التي تتكون منها الحصى او المبيض وتشتق هذه الغدة من حافة وولف (Wolffian ridge) المشتقة من الجرم الخلالي الاوسط (Intermediate cell mass) وفي الجهة الوحشية من الغدة التناسلية حافة اخرى يتكون منها النسيج الكلوي (nephrogenic tissue) اي الكلية الابتدائية (pronephros) والكلية الوسطى (mesonephros) والكلية الحقيقية (metanephros) وفي الجهة الوحشية من النسيج الكلوي تظهر حافة اخرى تتكون منها انابيب مولر وولف (Mullerian & Wolffian tubes) ويقع انبوب مولر في وحشي انبوب ولف ولكن نهايته السفلى تقع في انسيه ويلتقي بالانبوب المقابل له ويتصل بالبرز (cloaca) ونهاية هذين الانبوبين العليا مفتوحة بخلاف انبوبي ولف المنغلقة نهايتهما

الخلاصة : ان الجرم الخلالي الاوسط يكون ثلاث حافات: الانسية منها تكون نسيج الغدة التناسلية والوسطى النسيج الكلوي والوحشية قسم الانايب (مولر وولف).

تبدو علامات الجنس سواء أكان ذكراً أو أنثى في نهاية الشهر الثاني من الحياة الرحمية ويتم الامر بتطور الغدة التناسلية وانقلابها خصية أو مبيضاً وانقلاب الكلية الوسطى ربخاً وضميرة الخصية (rete testis) في الذكور أو جارة المبيض (epoophoron) في الاناث ما الاخرة فتبقى كنسيج اثري بين انبوب الرحم والمبيض.

وتؤلف قناة مولر في الاناث الرحم والتفير والقسم الملوي من المهبل يد انها في الذكور تضمر وتبقى كنسيج اثري صغير (rudimentary tissue) في القسم البروستاتي من القناة البولية. وتدمى رحم الذكور (uterus masculinus) اما اذا تطورت الحالة على عكس ذلك فتتابع هذه القناة نموها وتنقلب رحماً وتغير اكما في الاناث وهذا شيء نادر وتحصل الحالة المسماة بالحثية الكاذبة (pseudo-hermaphroditism) كما في الحادثة التي نجث فيها. ويمزى عدم ظهور هذه الانايب الى خلل الافرازات الداخلية.

ان ازدواج الجنسين (او الحثية الحقيقية) (bisexuality) امر مشكوك فيه فان الكثيرين لا يمترون بنسيج غدي يقوم بوظيفتي الذكر والانثى في شخص واحد.

الميزات الجنسية الثانوية : ان الميزات الجنسية الثانوية ناتجة عن تأثير افرازات الغدة التناسلية. ففي الذكور هي نتيجة افرازات الخلايا الخلالية للخصية

وفي الاناث هي نتيجة افرازات المبيض الداخلية. وهذه تفرز مواد خاصة لهذه الغاية . وقد ثبت ان لفص النخامي الامامي ولقشرة الغدة الادريالية فعلاً في الغدد التناسلية .

ومن جملة تأثير القشرة الادريالية في الجنس ان الامراض المخدشة لها التي تتابها في الانثى قبل البلوغ كالسرطان تؤثر في خواص الانوثة وتتهي بظهور خواص الرجولية في الانثى كنمو الشعر كما في الذكور ونغظ الصوت والنخ . هذه الحالة التي تستطاع ازالتها باستئصال السرطان .

قد يظهر قسم من اعضاء الانثى التناسلية في الذكر ولكن متى وجدت الخصية فيه في الوقت نفسه وفي اي ناحية من نواحي جسمه يكون ذلك اكبر اذبات على انه ذكر والعكس بالعكس في الانثى .

الخنثية (hermaphroditism) : ان الخنثية الحقيقية هي اجتماع اعضاء الذكر والانثى في شخص واحد . ان هذه الحالة هي طبيعية في عدة حيوانات دنيا (كالحلزونات) لكنها غير طبيعية في الانسان فاذا وجدت فيه تعتبر حالة شبيهة بالاورام السجوية (teratomatous tumours) وقد ذكرنا ان الجنين لا يعرف جنسه ما لم يبلغ الشهر الثاني . وان تعيين الجنس يتم باقتراب الجرم الخلوي الاوسط فاذا لم تضمر قنوات مولر في الذكور انتقلت الى رحم وملحقاتها فكان ما نسميه الخنثية كما في القضية التي نتكلم عنها .

وقد اثبت بيدل (Biedal) وغيره ان الانسان مزدوج الجنس . وان كل شخص ذكر أو أنثى يحفظ في جسمه بخليات الجنس الآخر بصورة ابتدائية . فليس في الواقع الذكر ذكر أو الانثى أنثى بشكل مافي الكلمة من معنى

لان كلا منهما محتفظ بمواد الجنس الآخر الابتدائية وقد خلقت الاعضاء التناسلية لتكون صالحة ابتدائياً لأي جنس كان وفي البلوغ التام تربتاً بضع درجات من الحثية .

تصنيف الحثية : ١ - خثية في الجانبين (bilateral) حيث نجد خصية وميضاً في كل جانب من الجسم .

٢ - خثية في الجانب الواحد (unilateral) حيث نجد خصية وميضاً في جانب واحد . وخصية او ميضاً في الجانب الثاني من الجسم .

٣ - خثية متوالية (alternate) حيث نجد خصية في جانب واحد وميضاً في الجانب الآخر من الجسم .

ان الحثية الحقيقية لم تقم الحجة عليها حتى الآن والحوادث التي لا يثبت المجهز انها تشتمل على انسجة تناسلية من الجنس تدعى الحثية الكاذبة (pseudo-hermaphroditism) التي قد تكون خثية داخلية حيث الاعضاء التناسلية مخفية كما في الحالة السابقة الذكر او خثية خارجية حيث الاعضاء التناسلية ظاهرة .

اتخذنا توفيه ولا بوانت (Tuffier & Lapointe) بنشرات عن موضوع الحثية حتى السنة ١٩١١ وقد اكدا ان وجود انسجة تناسلية حقيقية لكلا الجنسين ممكن في شخص واحد .

وقد قسم تندلر وغراس (Tnadler & Grass) في السنة ١٩١٣ الحثية الى ١ . خثية وظيفية (functional) ٢ - خثية شكلية (morphological)

وهما يعتقدان ان الاولى منها شيء غير ممكن الحدوث .

ويسمى قسم من المؤلفين الخئية حقيقة اذا عثروا في ذلك الشخص على نسيج مبيض خصوي (ovario-testes) (اي غدة فيها النسيج الخصوي والنسيج المبيضي معاً) وقد اختبرت هذه الحالة في الحيوان ونجحت فان كنود ساندز (Knud Sandz) غرس نسيجاً مبيضاً جنينياً في الخصية وعكس الامر ايضاً فكلل اختباره بالنجاح .

وقام الكساندر ليشتوتس (Alexander Lipschütz) بالتجربة نفسها على خنزير غينية (Guinea pig) ونجح .

التشوه (malformation) : يحصل اكثر حوادث الخئية من سوء شكل الاعضاء التناسلية الخارجية فقد يحدث ان يضغط البظر والشفران الكبيران في الانثى فتشبه الاحليل والصفن مع ان تلك الانثى تكون متممة بطبقتها الشري لسائر الاناث وذلك لان فيها مبيضاً فعالاً وقد يحدث في الذكر ان الاحليل لا يكمل نموه والصفن لا يتحد بالخط الأوسط فيشبهان البظر والشفرين الكبيرين مع ان الرجل يكون مستكماً شروط الرجولة .

جنف الخئية بحسب هيرشفيلد (Herschfeld) : ١ - الخئية المذكورة حيث غدد الذكر التناسلية متكاملة مع انسجة اثرية تناسلية من الانثى كالحادثة التي نقلها .

٢ - الخئية المؤقتة حيث غدد الانثى التناسلية متكاملة مع انسجة اثرية تناسلية للذكر .

٣ - الخئية المزوجة حيث تجتمع الانسجة التناسلية للذكر والانثى اي الخصية والمبيض .

فحص الفدة المحصورة المبيضة النسيجي : لا يخفى زالحيات الايشيلائية المنتشة (germinal epithelium) الغصية تقع في وسط الحصى يد انها في المبيض تستقر في الاطراف فلاجل التفتيش عن هذين النسيجين في غدة واحدة (كما في الـ ovariotestes) يجب اخذ مقطع من الوسط لتفتيش عن النسيج المحسوي وآخر من الحافات لتفتيش عن النسيج المبيضي تحت المجهر وبذلك فقط يتيسر لنا الجزم بوجود الحثبة الحقيقية . وان اغلب النشرات كانت تفوقها هذه الملاحظة .

ويشك ج . مارك اوفارل (J. Mark O'ffarel) من الوجهة الفريزية في وجود نسيج خصوي مبيضي ذي افرازات من النوعين (للمذكر والمؤنث في آن واحد) كما ذكرنا ذلك سابقاً .

الوراثة (heridity) : اعلن ج . مارك (J. Mark) خمس حادثات خثية في ستة اشخاص ينسبون الى اسرة واحدة وقد حقق في حالة جدود تلك الاسرة فوجدهم اصحاء وكان هؤلاء الخمسة متمتعين بسلامة العقل وعدد افراد الاسرة التي يتمون اليها اربعون .



الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ٩ اذار سنة ١٩٣٨

١ — العلم بمدوح الصباغ : حادث كثة هرعية (Un cas d'amblyopie hystérique) : دركي رضت هجمته رضى خفيفاً فققد بصر عينه اليمنى . وقد بينت المعاينة ان اغشية العين جيمها ولا سيما قرها سليمة كل السلامة . فبعد ان وضعت نظارات على عينه مؤلمة من زجاجة غير مصقولة (depoll) امام عينه اليسرى ومن اخرى ضيقة الثقب (sténopéique) امام عينه اليمنى استطاع المريض قراءة الاحرف الصغيرة وكان من السهل كشف وهمه وشفأؤه بالاقناع .

٢ — الغلاء تراو وعزة مريدن ووحيد الصواف : التهاب جذور واعصاب عديدة في زنجي مصاب بالتهاب الصفاق اللبني الجبني : هو التهاب جذور واعصاب عديدة في الطرفين السفليين ، علامة لاساغ وبونه انجاسية ، نقاط فالكس الجذرية والمجدعية مؤلمة بالضغط ، غمور عضلات ، غيبة المنعكسات في اليسار ، وازدياد المنعكس الداغصي في اليمين . شك اولاً بداء بوت القطني غير ان الرسم الشعاعي كشف في حذاء الفقار القطنية الاخيرة تنشؤات عظمية بشكل منقار البيغاء يازاه ثقبوب الاتصال وابان ان اللييودول لم يقف في ذلك المكان فالمرجح ان تكون الرثية القطنية المزممة سبب التهاب

الجذور والاعصاب ولم يبدُ في الرسم الشعاعي ان الفقار قد فقدت كلها
الناقشة : العلماء مرشد خاطر ، ترابو ، مريدن
 ٣ — العلم عبد النبي المحلجي : اربع حادثات نزوف دموية قاتلة للعداوة
 بمحقن الوريد بالتوفرسانو بنزول :

بدا في احدى هذه الحوادث بعد الحقنة الرابعة نزف رحمي والماب
 دموي ، وفي الثانية قي دموي بعد الحقنة التاسعة وفي الثالثة والرابعة اقياء دموية
 ايضاً . ينسب المؤلف هذه العوارض الى شبيه ما يحدث في النوبة التيرتية .
الناقشة : العليان عزة مريدن و ترابو

٤ — العلم اسعد الحكيم : حادث اندفاع لمض الحدود وقرصها تالٍ
 لالتهاب دماغي : شاب عمره ٢٢ سنة سيق الى مستشفى ابن سينا لاضطرابات
 عقلية خطرة على المجتمع والامن العام . فتيين من معاينته انه جامد السماء وان
 اطرافه وجسده خالية من الرعشة واليوسة وانه يتأني في الكلام وانه قد
 احسب منذ ثماني سنوات بالتهاب الدماغ . وقد ظهر هذا الاندفاع فيه منذ
 ذلك الحين فكان يشعر بدافع يدفعه الى تقيل الاولاد وعضهم وقرصهم
 وكانت تقع اكثر تمدياته على اخوته وخواواته وجيرانه وكان يندم بعد وقوع
 العمل وقد لطفت المعالجة بالمسكنات حالته بعض التلطيف وحالته تستلزم
 الحجر لان دماغه خطر على المجتمع ولا يشقى .
الناقشة : العليان ترابو واسعد الحكيم

١ - حادث كمنة هرعية

(Un cas d' amblyopie hystérique)

للطبيب محمود الصباغ

الدكتور السيد عبد الباقي بن كمال الموصل يشكو نقصاً عظيماً في رؤية عينه اليمنى .
 يفيد المريض انه منذ سنة ونصف سنة تقريباً أصيب بضربة حجر على
 الناحية المحجاجة اليمنى ومنذ ذلك التاريخ شعر ان رؤية عينه اليمنى آخذة
 بالتناقص وقد ساقه ضعف الرؤية هذا الى استشارة الكحالين فالجوه
 بمعالجة شتى لم تأتِ بأقل تحسن وبما انه دركي حاله طيبب الدكتور الى لجنة
 فحص الموظفين لابتداء رأيها في ما اذا كان مرض عينه يمنه عن القيام
 بوظيفته او يمكنه من الثابرة عليها وقد احالته اللجنة الى المعالجة .

فحص المريض : اتاني في ٥ حزيران سنة ١٩٢٧ فرأيت شاباً عمره زهاء ٢٩

سنة قوي البدن سليمه وهو لا يشكو الا نقص الرؤية في عينه اليمنى ولم
 اجد في سوابقه الارثية ما يستحق الذكر . متزوج وله ولدان حسنا الصحة
 فحص العين اليسرى : سليمة

اليمين : (المتعصمة والاحقان والعلبة والقرنية والقزحية)
 والتعامل الحديقي والايواسط الكاسرة وقمر العين (حليلة العصب البصري
 والطبقة الشبكية) كلها طبيعية

ضغط المقلة من خلال الجفن يوقظ في المريض ألماً حجاجياً خفها .

ضغط العين اليمنى ١٧ بجهاز بايار

ضغط العين اليسرى ١٧ بمجهاز بايار

رؤية العين اليمنى لا تتعدى عدّ الاصابع من مسافة مترين

« اليسرى طبيعية $\frac{1}{3}$ »

فحص الرؤية المركزية : لا توجد عتمة مركزية للون الايض بل صموبة في رؤية الالوان الاخرى (الأزرق ، الاحمر ، الاصفر)

فحص الساحة البصرية : تضيق متحد المركز في الساحة البصرية التي تمتد الى الدرجة ٤٠ في الجهات الصدغية والملوية والاطية والى الدرجة ٥٠ في الجهة السفلية فنظراً : ١ - الى غيبة الاعراض المادية في العين .

٢ - الى غيبة العتمة المركزية في رؤية العين

٣ - الى ضيق الساحة البصرية المتحد المركز

٤ - الى غيبة ازدياد الضغط الداخلي للعين .

شخصت ان المريض مصاب بنقص الرؤية الهرعي (الهستيرياتي) .

وتمكنت بعد مغالطة المريض من جعله يرى الاشياء جيداً بعينه المأوفة وذلك بأني وضعت زجاجة مصقولة امام عينه اليسرى واخرى ضيقة الثقب امام عينه اليمنى وسألته ان يقرأ الحروف الدقيقة للوحة الفحص فقرأها معتقداً انه يراها بعينه السليمة .

وقد توصلت بالاتّباع والمعالجة اللطيفة في خلال ساعة من الزمن الى شفاء مرضه فانضمت رؤية عينه المريضة $\frac{1}{3}$.

وقد فحصته بعد شفائه عدة مرات في سياق ثلاثة اشهر فلم اجد نقصاً في رؤية عينه التي كانت مريضة . تقدمت هذه المشاهدة للجمعية الموقرة لندرتها

٢ - التهاب جذور واعصاب في زنجي

مصاب بالتهاب الصفاق الليفي الجبني

للماء ، ترايو ، وعزة مرين ووحيد صواف

تقل اليكم مشاهدة التهاب جذور واعصاب في الطرفين السفليين كان يجوز عزوها الى السل لو لم نجرِ فحصاً واسماً مستمينين بالاشعة .

المدعو احمد مبروك زنجي عمره ٦٥ سنة قروي يقطن زبدن من ضواحي دمشق ، دخل المستشفى العام في ١٩ شباط ١٩٣٨ شاكياً آلاماً ثابتة في طرفيه السفليين اتابته منذ ثلاثة شهور خلت وبدت فيه فجأة اذ كان يستقي حقله .

لا يعلم المريض شيئاً عن ابويه ، ولم نجد في سوابقه الشخصية سوى بعض نوب بردائية .

فحصنا المريض فشاهدنا ضموراً في الطرفين السفليين ، ولم نجد نقصاً في القوى او الحركات ولا خللاً في المطابقة ، الوضعية القائمة والمشي ممكنان رغم الآلام ، المنعكسات العظمية الوترية حادة في الطرف الايمن ، وقائبة او متناقصة في الطرف الايسر ، وعلامتا بابينسكي واوبنهايم غير ايجابيتين في الطرفين ، حركتنا لاساغ وبونه توقظان آلاماً على طول العصبيين الوريكين ، نقاط فالكس المعجزية والوركية مؤلمة بالجلس ، الحسيات الشخصية سالمة ، وجس المضلات مؤلم ، المنعكسات الصغرية غائبة ، المنعكس العائلي المتوسط

لم يحب الاجواباً بطنياً ، المنعكسات البطنية غائبة ، علامة رومبرغ كذلك لا خلل في المحدثين ، لم يخرج بالبزل القطني سوى قطرة واحدة ، وقد كشف لنا فحص الاجهزة ما يأتي : التهاب جنب في قاعدتي الرئتين في الورا ، يدل عليه نقص الوضوح والاهتزاز الصدري والحفيف الحويصلي وبعض الاحتكاك ، وجود اقراص صفافية (باريطونية) في الناحية تحت الكبد دالة على سل صفائي لبني جبني كامن السير . . فاصابة الجنب والصفاق مطابقة لقانون غودوليه ، الطحال غير مقروع ، صمم الكبد طبيعي ، القلب كبير وذروته في الورب الخامس ، الضغط الشرياني ١١ - ٢٠ بجهاز فاكرز وقد هبط حتى ٧ - ١٥ بعد القعدة ، بولة الدم ٩٠ سائغراً ، تفاضل واسرمان سلمي في الدم ، الحيوانات الدموية غير موجودة .

عصيات كوخ مفقودة في القشع ، وفي البراز كشفت التحولات واكياسها ويوض شعريات الرأس ، وفي البول آثار من الآحين .

....

ان فائدة هذه المشاهدة كما لحظتم كبيرة ، فالمرضى زنجي شديد التأهب للاصابة بالسل . وقد بدا فيه شكل جبني صفائي ، وهو الشكل الذي يظهر عادة في الشباب لا في الشيوخ ، وليس للسل الذي يعد من اسباب الضغط الشرياني اقل تأثير في ارتفاع ضغط مريضنا الناتج عن آفة كلوية متصفة بانحباس الآزوت في الدم وبالقلب الكبير ، وبآثار الآحين في البول وهو ما يشاهد عادة . واما التهاب الجذور والاعصاب المدينة في الطرفين مع ازدياد المنعكسات في احدهما فيستدعي انتباهاً كثيراً . فالول ما فكرنا فيه اصابة

المريض بداء بوط الظهري القطني الجاني الضاغط للجذور القطنية المجزية ولتصف النخاع . وفكرنا ايضاً في التهاب الجذور والاعصاب العديدة المرافق لالتهاب العنكبوتية ، وليس لدينا لاثبات ذلك سوى التصوير الشعاعي الذي اجريناه بعد البزل القطني والحقن باللييودول فشاهدنا انه لم يقف ابداً الامر الذي دعانا الى نفي التهاب العنكبوتية وداء بوط ، او على الاقل التهاب السحايا الضخامي الذي يصاحبه عادة ، وقد اباتت الصور الشعاعية ققاراً سليمة متكلسة تكلساً حسناً ولكننا شاهدنا ايضاً تنشؤات غضروفية او عظمية في جميع الملاحق الليفية الفقرية المقابلة لثقوب الاتصال استدللنا بها على اصابة المريض بالريثة الفقرية المزمنة .

ان هذا التآذر البصري الذي نصفه كان مجموعة قوانين معقدة وكان ناتجاً عن الانضغاط حتماً ولهذا فقد حشرناه في زمرة التهابات الجذور والاعصاب الرضية لان التهاب الاعصاب والجذور السلي السمي والتهاب الاعصاب السلي وان يكونا ممكني الحدوث فهما نادران ويتوزعان توزعاً آخر . فهل يجب اعتبار الريثة الفقرية التي كشفها الاشعة رثة بونسه ؟

يجوز كثيراً هذا التساؤل ولكن اثباته صعب جداً

الناقشة : القيم مرشد خاطر : اتني ارى في الرسوم الشعاعية التي تبورها انقراضاً بين الفقرتين القطنيتين الثالثة والرابعة . وهو علامة تكاد تكون بيانية في داء بوط ولا سيما والمريض الذي تقدمه لنا مصاب بأفة سليمة في صفاته ألم تلاحظ تقعماً في عضلات الميازيب الفقرية وهل استقصيت جيداً في الحفرتين الحرقيتين ورأيتهما خاليتين من الهجامع العديدة او لم تلاحظ حدة

في ناحيته القطنية ؟

الطبيب ترايو : اتني افكرت في داء بوت اولاً كما افكرت فيه غير ان الرسم الشعاعي بعد ان ابدى لنا ان الفقار لم تفقد كلسها واطهر لنا هذه التنشؤات العظمية بشكل منقار البيضاء التي تكاد تكون يانية في رثة الفقار المزمته وابان لنا ان اللييودول يزل حراً ولا يقف في تلك الناحية . حملنا على نبذ ما فكرنا فيه اولاً وهل انقرص الفسروف علامة خصة بداء بوت ولا يظهر مطلقاً في الرثة المزمته ؟ اتنا لم نلاحظ تقفماً في عضلات الميازيب ولا خراجة في الحفرة الحرقية دالة على انسلال اجسام الفقار .

الطبيب شاول : يحيل اليّ ان منقار البيضاء علامة يانية في رثة الفقار المزمته الطبيب مريدن : ان الرثة المزمته منشطة للتكلس وسل العظم منقص له وليس في مريضنا فقد كلس البتة



اربع حادثات نزوف دموية تالية

الحقن الوريدي بالتوفار سنو بنزول

للعلیم عبد الغنی المصلحي

اتفق لنا ان شاهدنا بضع حادثات نزوف دموية في عقب حقن الوريد بالتوفار تلخصها بما يلي :

الشاهدة الاولى . . الموس ف . ل . عمرها خمس وثلاثون سنة اتبعت المداواة النوعية في ٢٤ حزيران سنة ١٩٣٣ بنه على ايجابية واسرمان الدموي حقنت اوردها بفاصلة اسبوع بـ (٠٠٣٠ - ٠٠٢٥ - ٠٠١٥ - ٠٠١٠ - ٠٠٧٥) سائغزماً من التوفار فاصيبت بعد مرور ربع ساعة على الحقنة الوريدية الاخيرة بنزف دموي رحيم ويسيلان لامابي مدمى فزير أرقى باستعمال حبة ادرفالين تحت الجلد وغرام من كلور الكالسيوم في الوريد . ثم توبعت بعد اسبوع المعالجة نفسها فحقنت اولاً بالادرفالين وبعد عشر دقائق بـ (٠٠٧٥) سائغزماً من التوفار فلم يتكرر النزف بعد ذلك على الرغم من المتابعة على اتمام سلسلة المداواة الزرنيجية .

الشاهدة الثانية . - المريضة م . ج . موسم عمرها خمسون سنة مصابة بتقرح عنق الرحم الافرنجي اجري لها من ٢٨ مادت سنة ١٩٣٣ حتى ٢٩ نيسان سنة ١٩٣٤ ثلاث دورات دوائية يتألف كل منها من سبع حقن من التوفار من ٠٠٣٠ الى ٠٠٩٠ سائغزماً وكرر هذا المقدار الاخير ثلاث

مرات وكانت تصاب بالآلام شديدة في المدة وباقياء مدماة في عقب الحقن
الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة وكانت تلك الاقياء تسكن باستعمال
الادرثالين اما الآلام فكانت لا تسكن الا بعد استعمال اللودانوم
(Laudanum) وقد حالت الاقياء والآلام الآتفة الذكر دون امكان متابعة
المعالجة الزرنيجية

الشاهدة الثالثة . - المريضة ذ. ح. عمرها اربعون سنة اصيبت بالافرنججي
منذ عشر سنين ، عولجت في سنة ١٩٣٢ بثلاث دورات من النوفار . اربعة
غرامات وثمانون ساتيغراماً في كل دورة لاصابتها بقرح عنق الرحم الافرنججي
وقد اصيبت في عقب الحقن الاخيرة للدورة الزرنيجية الثالثة باقياء خفيفة
مدماة وقد زالت هذه الاقياء عفواً ولم تستلزم المعالجة واستوتفت المعالجة
نفسها في السنة الثانية ولم تصب بفزف ما .

الشاهدة الرابعة . - الموس ف. ع. لها من العمر اربع وعشرون
سنة مصابة بقرحة في المعدة مشخصة سريرياً اتبعت المداواة النوعية لاصابتها
باللواح مخاطية لبنية على اللوزتين مؤيدة بالتفاعل المصلي الدموي . اجري
لها في السنة الاولى ثلاث سلاسل مداواة من النوفار اربعة غرامات وثمانية
اعشار الغرام في كل دورة . وكانت تفتابها في عقب كل حقن السلسلتين
الاولى والثانية اقياء خفيفة مدماة وقد اخذت هذه الاقياء المدماة بالاشتداد
في عقب حقن الدورة الثالثة وكانت تستمر بضعة ايام ثم ترقأ عفواً او
باستعمال الادرثالين .

لم تساعدنا الظروف على اجراء فحص الدم في هذه المشاهدات الاربع

ولم تكن النزوف الدموية فيها شديدة تستلزم نقل الدم او مفضية الى الموت كما في حادثة ميلان التي انتهت بالموت واظهر فحص الجثة بوراً النهاية نزفية في الباترياس .

وانا نعتقد ان سبب النزوف الدموية التالية لحقن الوريد بالنوفار ناشئ عن فلج الاعصاب الحركة للعروق الدموية بتأثير النوفار السمي وهذا التأثير هو عبارة عن بحران نيتريتي وتؤدي ذلك غيبة اختلال التوازن الدموي في حادثات النزوف الدموية التالية للمداواة بالنوفار المدونة حتى اليوم .

الناقشة: الطيم مريدن : لم تكن مريضاتك مصابات بتقصير الكبد فيكون كلورور الكلسيوم قد فعل فعلاً مرقئاً (قاطعاً للنزف)

الطيم ترايو : قد عرف عن هذه الموارض انها ناشئة عن عدم التحمل واما الادرنالين وكلورور الكلسيوم فقد فعلاً فعلاً واقياً من النوبة السمية اي من النوبة النيتريئية المألوفة



حادث اندفاع لعض الحدود وقرصها تال

لالتهاب دماغي

للعلم اسد الحكيم

أ - أ. من حلب عمره ٢٢ سنة ارسل في ٢١ شباط ١٩٣٨ الى مستشفى ابن سينامع الشهادة الطبية الآتية : اختلالات نفسية. تشرد. اندفاع للأذى وجوده طلقاً خطر على المجتمع والامن العام. حالته تستلزم الحجر في مستشفى خاص بالامراض النفسية .

سوابق الشخصية والعيلة : والداه في قيد الحياة وبصحة جيدة . له اربعة اخوة وثلاث اخوات في حالة الصحة . اعزب . نشأته حتى السنة الرابعة عشرة صحيحة . متعلم . تحصيله ابتدائي . حياته المدرسية واليمنية كانت مرضية ، منذ ثماني سنوات اصيب بحمى دماغية استمرت ٤ اشهر ثم ابل منها وعقبها بمدة ايام شعر بالآلم في اذنه اليمنى فبين انه مصاب بخراج استلزم حجب الحشاء (الثاني الحلمي) وتفريقه . وبعد العملية بشهر اخذت طباعه تتغير وبدأ يمرض لاختوته واخواته بالتقيل والمض والقرص ثم تمرض لجيرانه . واحياناً للاولاد في الازقة . قليل النوم . يارق . يمتريه كابوس في الليل . يبكي كالصبي لأقل مخالفة . يشتغل حمالاً عند والده فينقل السمك على حمار الى الباعة .

صحة الجسمية : مستدير الرأس . منكسر الاجفان . جامد البصيرة .

ليس في جسمه واطرافه ييوسة ولا رعدة . يتأني في الكلام . التوتر الشرياني ١٢ - ٦ ، ليس في سائر اعضائه علة تستحق الذكر . تفاصيل واسرمان في الدم سليبي .

حاله النفسية: مظهره الخارجي نظيف . حسن الاتباء . مهتد في الزمان والمكان . حسن الذاكرة . محاضاته صيانية . مدرك لحالته المرضية ولوضعه الحاضر : (هو ليس بمجنون . يريد الخروج من المستشفى . هو ضيق الخلق يشعر بدافع لتقيل الاولاد وعضهم وقرصهم . ليس بمقدرته ردع نفسه . يندم بعد وقوع العمل . اكثر تمدياته تقع على اخواته واخوته يشعر احياناً بدافع لحطف الاشياء حينما يكون ماراً في الشوارع . يأرق . يعتبره كابوس يحلم احلاماً مزعجة . تنتابه احياناً نوب حدة وضجر يبكي في انثناءها ويصرخ) غيب دخوله المستشفى اخذ يتعرض للمرضى والمرضى فيهم عليهم نجاة لقرصهم فيفرون منه مما اضطرهم الى ضبطه بالقميص فسبب له هذا هياجاً واضطراباً دعا الى اطلاقه ومعالجته .

عولج بالبرومور والصفصافات والادوروتروين مع الاتروين . هدأت سوره ، وقلت دوافعه وخف فعلها كثيراً واقتصرت على التقيل والقرص بصورة خفيفة واخذ يشرح حالته المرضية بهدوء وحشمة . وبما ان عمال المستشفى وكثيراً من المرضى عرفوا حالته وشعروا بعدم أذاه اخذوا يجاورونه فلا يفرون منه ويستسلمون لعمله احياناً مما جملة يأنس بوجوده في المستشفى ويحسن فيه سلوكه .

النتيجة : ان وجود سيئه مريضنا هذا وتأثيراته في الكلام وحدث التغير

في طباعه غلب المرض الدماغى وخراج الحشاء وشعوره بالدافع الذي لا يستطيع رده للتقيل والمض والقرص ولحطف بعض الاشياء من دكا كين الباعة وندمه على فعلته بعد وقوعها واعتذاره عنها واصابته احياناً باحتداد لاقبل سبب مع صحة ذاكرته وادراكه يحملنا على القول بان هذا المريض مصاب باختلال في الطبائع وفي الفريزة الجنسية وبافعال اندفاعية تالية لالتهاب الدماغ وحالته تستلزم الحجر بالنظر لعدم امكان شفاؤها ولخطرها

الناقشة : العليم ترايو : ذكرت ان في مريضك ميلاً الى السرقه من دكا كين الباعة أفليس مريضك مصاباً بمسّ (obsédé) كما هو مصاب باندفاع ؟ وهل يعتريه حصر (angoisse) حين اتّلم العمل ؟ وهل يغالب نفسه قبل الفعل ؟

العليم اسد الحكيم : لم يبدُ في مريضنا اقل حصر وهو يفعل فعله كما لو كان مندفعاً اليه اندفاعاً انعكاسياً ولا يتدم الا بعد ان ينهي عمله .



مطبوعات جديدة

الحامل

لؤله الدكتور مصطفى خالدي

استاذ فن التوليد والامراض النسائية في جامعة بيروت الاميركية

في بيروت عاصمة الجمهورية اللبنانية نخبة من اطباء لامعين يرفعون شأن الطب ويلطون مناره وهم شطران ، شطرٌ تلقن أدب الغرب وطبه فقطع كل صلة بلفة جدوده ، وشطر آخر نظر باحدى عينيه الى آداب الغربيين وعلومهم فلا تلافيف دماغه بها وحدق بالعين الثانية في انته المجيدة فرأى مؤلفاتها القديمة خلواً مما اقتبس فنقل اليها تلك الدرر النوالي، فقة اولى أنستها اللغات الاجنبية الاصل الذي نحدت منه فهجرت هجراً ابدياً كل ما هو عربي فصرت اذا كلمتها بلفة آباءها وجدودها اجابتك بلفة لامارتين او شكسبير سائلة الافصاح عما تنطق به لجلهها مفردات لغتها وقواعدها ، وفقة ثانية تأصلت فيها القزعة العربية فلم يشبها الشقف الغربي عن تعلم آداب لغتها ولم يعج طلاء الغرب الناصع ما نقشته في عقولها الا فاعلم العربية في المصريين الاموي والعباسي من الروائع .

ومن هذه الفقة الثانية الزميل اللامع الدكتور مصطفى خالدي مؤلف كتاب « الحامل » ، استاذ يحدث تلامذته في نهاره بلفة الجامعة الرسمية ولا يكاد يختلي بنفسه في المساء حتى ينكب على التأليف بلفة جدوده . انها لمزية حميدة

نكبرها كل الاكبار في زميلنا البيروتي ونهته بها التهته الصادقة . اتنا
لا نقرّ بكبير فضل لمن عاش في بيئة عربية اذا ما اتبع نتائجاً عربياً بل الأفضل
كل الفضل لمن ثار على البيئة التي يعيش فيها فركز علم لفته وكان به منياً مولماً
انك ايها الزميل مع صحبتك تلك القصة الصالحة التي اختطت خطتك المنارة
اللامعة على ذلك الشاطئ الصاخب، انك ذلك الرسول الامين للغة نشرت
العلم والتمدن مئات من السنين في العالم اجمع فاذا بابتائها اليوم يرغبون منها
الى سواها بعد ان نضبت انداؤها التي درت ادباً وعلماً وقد كان الاخرى
بهم ان يوفروا لها اسباب الحياة ليعود اليها درها. واتي لا تعجب، والقومية
جائحة جوحها الشديد في ايماننا، من الاس لا يسيرون اذن مصفية لصوت
قوميتهم بل يتلقون بخيوط قوميات توليهم ظهرا وهم نحوها مندفعون .
اما كتاب « الحامل » الذي جرت الكلام عنه الى هذه المقدمة الموجزة
فهو مؤلف صغير يقع في زهاء مائة صفحة من قطع الثمن صدّره مؤلفه
بلحة بديعة في تاريخ الولادة والعناية بالحامل في مختلف المصور وقسمه ثمانية
فصول ضمن الفصل الاول تشريح الاعضاء التناسلية والفصل الثاني التلقيح
والفصل الثالث الحمل والفصل الرابع العناية في اثنائه الحمل والفصل الخامس
الولادة والفصل السادس النفاس والفصل السابع الطفل والعناية به والفصل
الثامن معلومات عامة لا غنى عنها . وقد زين هذا الكتاب بسبعة وعشرين
رسماً وطبعه طبعا متقناً وعلى ورق صقيل .

فاتنا نرى ان هذا الكتاب ، مع صفه ، قد ألمّ بالموضوع من جميع
نواحيه واشتمل على معلومات لا يستطيع القارئ جمعها الا بمطالعة الكتب

المطولة ، ومتى عرفت ان للمؤلف كتاباً آخر « على عتبة الامومة » ادركت
 رغبته الصادقة في اطلاع بني قومه على مبادئ الفرع الذي خصص نفسه به
 فكان من اعلامه . واذا طالعت الكتاب تلذذت نفسك بتلك المذبوبة في
 التعبير والافاق في انتقاء الالفاظ والتراكيب وادركت انك في ازاء رجل
 يملك مقاليد اللغة فتصاح اليه مطيعة .

اتنا نشكر للمؤلف الزميل هديته الثمينة راجين منه متابعة جهاده العلمي
 خدمة لابناء الضاد كما اتنا تمنى الرواج لكتابه الذي يجدر بكل اسرة ان
 تقتنيه ليسكون مرشداً لها في تلك الفترة الحرجة من الحياة . ومنه الزهيد
 ٣٥٦ غرماً سورياً لا يوازي الاجزاء قليلاً مما اتقنه المؤلف من التبع
 والمال في وضعه وطبعه

مرشد فاطم



معالجة سلس البول بمخلصة الجسم النخامي

ذكر كاين (Cain) في سفر جمعية اطباء الاطفال النتائج التي حصل عليها في معالجة سلس البول بمقادير كبيرة من خلاصة الغدة النخامية . وكانت النتائج حسنة في نصف الحالات اذ كان يشير باعطاء المخلصة السائلة من القص الامامي للجسم من طريق الفم بحسب المقادير التالية :

يعطى يومياً في الاسبوع الاول : ٠.١٠ سانتغرامات

— — في الاسبوعين الثاني والثالث : ٠.٢٠ سانتغراماً

— — في الاسبوع الرابع : ٠.٤٠ " "

ويجوز البدء في الاطفال الذين تختلف سنهم بين ٧ - ١٠ سنوات بعشرين سانتغراماً ولا محذور من ابلاغ ذلك المقدار الى ستين سانتغراماً

وقد تسبب هذه المداواة في بدنها تحولاً شديداً ، لكنه مؤقت ولا يلبث الوزن ان يعود بعده الى ما كان عليه .

فاذا اريد الحصول على احسن نتائج هذه المعالجة يثابر عليها مدة بعد الشفاء ولكن بمقادير قليلة .

ش . ب



فهرس اول

فيه مواد المجلد الثاني عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

— أ —

الصفحة	
١٠٧	أثر العرب في الطب والطبم الطية
٣١٨	مآثر العرب في الطبم الطية
٥٤٣	الاخت او دمل حلب
٣٨٧	— ارب ووفرة مصادقه في عرب الشرق الادنى (تناقد —
٤٣٤	— آرن دوشان (تناذرات —
٤٨٧، ٤١٣، ٣٢١	مؤتمر الجراحة الفرنسي السادس والاربعمون
٥٧٧	المؤتمر الطبي المصري في بغداد

— ب —

— برري (حادث — ٣٩٧

— ج —

٩٥	الجراحة الرضية الواقعة
٣٨٥، ١٢٩، ٦٥، ٧	
٦١٤، ٤٤٩	الجمية الطية الجراحية بدمشق
٦٠	— الجمية الطية البنانية (مجلة —
٣٨١	— جهاز التنفس (امراض —

	الصفحة
— ح —	
جبة بغداد في العراق	٥٢٥
— حروق الجلد الواسعة الحديثة (الفرزة المرضية والمعالجة في —	٣٢١
تحليل بعض من مركبات الارسانوبنزول	٢١٠
الحامل	٦٢٨
	١٧٨٠١١٨٠٥٢
الحويينات في الكيمياء الحيوية	٤٣٧٠٣٦٧٠٣١٠
— خ —	
خطاب رئيس الجمعية الطبية الجراحية السابق	٤٥٤
خطاب رئيس الجمعية الطبية الجراحية الحالي	٤٥٦
خلاصة اعمال مستشفى الوليد للعظام السنوية	٤٦٤
الحشية الكاذبة وعلاقتها بالقم	٦٠١
— الحفافات العادية بالبرنوت (معالجة —	٧١
— د —	
داء الافرنج والسلان في الاولاد	٢٣٨
داء الافرنج وقمل الدم	٤٠٣
داء الافرنج وبعض عوارض الارسانوبنزول	٥٨٦
— داء الرقص بالمعالجة الاستثنائية (شفاء حادثة —	١٧
— داء المتورقات القضي (حادثة —	١٣٢
— اندفاع لعض الحدود وقمرها على لالتهاب الدماغ (حادثة —	٦٢٥
الاستدعاء الذاتي في حياة المرأة التناسلية	٢٠١
— المداواة بالقرصان المضاد للبرداء (حول موضوع —	١٠

— س —

السايتزن في معالجة بعض الآفات الحديثة بالكوروات القدية	٤٠٦
— سنوكس ادمس الرضي (بعض ايضاحات جديدة حول مشاهدة قديمة لمرض —	٧٧
— سرطان المريء (بعض ملاحظات عن —	٢٥٧
السكر في نخر الاسنان	٤٨٣
سنتا الثانية عشرة	٣

— ش —

٢٢٩، ١٦٢، ٨٩	
الشباب والاشباب	٢٦٥
— المستشفيات العربية على ضوء المقياس الحاضر (درس —	٢٧
— شلل دفتيريائي وفالج دفتيريائي (حادثنا —	٨٠
— الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن سينا (حوادث —	٣٩٣
— تشنج نصفي وجهي مزمن عولج بطريقة سيكار (حادث —	٤٦٠

— ص —

صحة المساكن وعلاقتها بانتشار السل	١٥٣، ١١١، ٢٥
صمامات الاطراف الشريانية	٤١٣

— ط —

الاطباء في صدر الاسلام	١٤٨
استطبابات التوسط الجراحي وطرق التجبير في كسور جسم الساق المخلقة	٤٨٧
تطهير الدم	٤٨٥

— ع —

أعطى غيرك العباذ ولو سرق نصفه	٣٥٩
— لنق الرحم المدوى (المستقل الولادي —	٦٧
— الاعتناء بالجلد (وجوب —	٣٥٦

— غ —

— الفرائز (فن —	١٢٦
غفيرة الجلد المترقية في عقب البضع ومعالجتها	٢٥٣

— ف —

— اختال السين المحرق (حادثة —	١٣٦
— من اختال السين المحرق عولجت بالقطع والحياطة البدئية وشفيت	١٩٣
(خمس حادئات —	

— ق —

تقرير واردات الجمعية الطبية الجراحية بدمشق	٤٤٩
تقرير أمين السر العام للجمعية الطبية الجراحية بدمشق	٤٥٢
— قاعة الصفراء العامة (ترميم —	٥١٣

— ك —

كسور الحديدة الفكية الخلفية في سياق: خلع الرحى الثانية والثالثة العلوية	٤١
---	----

الصفحة	
٤٨٧	— كسور جسم الساق المكسرة (استعطابات التوسط الجراحي
	وطرق التجبير في —
٦١٦	— كسرة هرجية (حادث —
٢٨٨	كودنيلوس فون اولن فانديك
١٤٦	الكياس بطن مائية

— ل —

٢١	— لثورجه (مذكرة موجزة عن حادثة جديدة لمرض —
١٤١	— لثورجه (بحث تشريحي مرضي في تناقض —
٢٢٥	— التهاب الشريان الساد (طريقة جديدة في معالجة —
٦١٨	التهاب جذور واعصاب في زنجي مصاب بالتهاب الصفاق الجفني
٤٦٨	الالوان والاصبغة البودائية

— م —

٤٨٢	موات الحلك في عقب التخدير الموضعي
٢١٨	— المائع الدماغى الشوكى الكيمياوية في عقب العمليات (تبدلات —

— ن —

١٤	— تمازج ارب مع ام الدم الساكنة في الجزء الصاعد من الابهر (حادث —
٦٢٢	— نزوف دموية تالية لحقن الوريد بالنوفار (اربع حادثات —

الصفحة	
١٣٨	هـ — هـ هناك مراقبي حاد مع اهلاس
٢٤٨	و — و واجب الوفاء
٣٣٩	ي — ي البرقانات البردائية
٥٠٩	البرقانات الكبدية المنشأ



فهرس ثانٍ

فيه اسماء المطبوعات الحديثة المنقودة في السنة الثانية

عشرة من هذه المجلة

	الصفحة
مآثر العرب في العلوم الطبية للعلم سامي حداد	٣١٨
الحامل للعلم مصطفى خالدي	٦٢٨
مجلة الجمعية الطبية اللبنانية	٦٠
فن الفراز (الجزء الثاني) للعلم منيف المائدي	١٢٦
كتاب السل للعلم بشير المظمه	٣٨٣
امراض جهاز التنفس للعلم حسي سبيح	٣٨١

فهرس ثالث

فيه أسماء كتبة المقالات مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

بصمجي (ادوار)	٥١٥
ترايو	١٠ ، ٢١ ، ٧٧ ، ١٤١ ، ٣٣٩ ، ٣٨٧ ، ٤٣٤ ، ٤٦٠ ، ٤٦٨
	٦١٨ ، ٥٠٩
التبسمي (سمدي)	١٠٧ ، ١٤٨
تيايو	١٣٦ ، ١٤٦
حداد (سامي)	٢٧
الحكيم (اسمد)	١٣٨ ، ٣٩٣ ، ٣٩٧ ، ٤٥٢ ، ٤٦٤ ، ٦٥٥
خاطر (مرشد)	٣ ، ٧ ، ٦٠ ، ٦٥ ، ١٢٩ ، ١٣٦ ، ١٤٦ ، ١٩٣ ، ٢٠١
	٢١٠ ، ٢١٨ ، ٢٢٥ ، ٢٥٣ ، ٢٥٧ ، ٣٢١ ، ٣٨٥ ، ٤٠٦
	٤١٣ ، ٤٤٩ ، ٤٦٠ ، ٤٨٧ ، ٦١٤ ، ٦٢٨
الحجوري (كامل سليمان)	٩٥ ، ٢٣٨ ، ٣٥٦ ، ٣٥٩
خير الله (امين)	٢٧
داود (ميشل)	٣٨٧
ريز (قولا)	٥١٣
رسام (بيثون)	٦٠١
روضة (يوسف)	٥٤٣
الزهاوي (شوكت)	٦٠١
السادات (منير)	٦٧
سبح (حني)	١٤ ، ٨٠ ، ١٣٢ ، ١٤١ ،
سبح (صلاح الدين)	٤٣٤
السمدي (لطفي)	٢٨٨

الصفحة

٢٥٤	سوله
٧١	شاهين (انطاس)
٣٨٣' ٣٨١' ٢٦٥' ٢٢٩' ١٦٢' ١٢٦' ٨٩' ١٧	الشطى (شوكت موفق)
٦١٦	الصباغ (ممدوح)
٦١٨' ٤٦٨' ٣٣٩	الصواف (ممدوح)
٤٥٦	عرقشجي (يوسف)
٥١٣	غصن (انطوان)
١٤١' ٨٠' ٢١' ١٤' ١٠	القحام (جمال الدين)
٤٤٩	القبايى (نظمي)
٤٣٣' ٣٦٧' ٣١٠' ١٧٨' ١١٨' ٥٢	الكواكبي (صلاح سمود)
١٤٦' ١٣٦	ماتر روير
٤٨٢' ٤١	المالح (مصباح)
٦٢٢' ٥٨٦' ٤٠٣	المعلمجي (عبدالله)
٦١٨' ٧٧	مريدن (عزة)
٣١٨' ٢٨٨' ٢٨٤' ٢٧	نجبا (وجيه)
٥٧٧	نصار (جمال الدين)
١٥٣' ١١١' ٤٥	هاشم (انور)
٣٩٧	لاكومب

فهرس سنة ١٩٣٧

الألف

صفحة	
١٣٤	الادرئالين (علاج البرداء بالادرئالين حقناً في الوريد
٩٦	انسولين جديد (البروتامين انسولين
١٣٧	الانسولين ومركباته الجديدة

ب

٥	باركنسون (مرض) للدكتور س . ابو الروس
٦٨	باركنسون (الطرق القديمة والحديثة في معالجة مرض باركنسون والاعراض الباركنسونية التابعة لالتهاب الدماغ الساري.
	للدكتور جوزيف حنينه
٦٥	البرداء داء ودواء للنخاع الشوكي . للدكتور بشارة سعد
١٣٤	البرداء (علاج — بالادرئالين حقناً في الوريد)
١٩٤	البرداء في لبنان (مكافحة)
١٩٦	، ،
٢٠٢	البرداء (تقرير عن مقاومة —)
١٨٥	بين دمشق وبيروت
١٣	البليورية (قطع الالتصاقات البليورية في العلاج بالاسترواخ الصدري . الجهة الطبية . للدكتور الياس الحوري

البليوردية « قطع الالتصاقات البليوردية في الاسترواح الصدري »	٣٣	صفحة
الجهة الجراحية . للدكتور الياس بعقلين		

ت

التجميل (جراحة) . للدكتور جورج بدر	٢٦٨
التوليد في القرى . للدكتور ملحم فريجي	٣٥٦

ج

جراحة التجميل . للدكتور جورج بدر	٢٦٨
الجمعية الطبية اللبنانية	١٤٠
، ، ،	١٨٤
، ، ،	٢٣١
، ، ،	٢٣٧
، ، ،	٣٠٧
، ، ،	٣١٦
، ، ،	٤٠١
الجمعية الطبية المصرية (حول المؤتمر السنوي التاسع)	٤٩
« المؤتمر العاشر » ، ، ،	٤١٣

ح

الحبل خارج الرحم . للدكتور محمد خالد	٣٠٠
الحبل (فقر الدم في -) للدكتور حبيب الحوري سعاوي	٣٧٠

خ

صفحة	
٢٩	الاخبار الطبية
١٠١	اخبار العائلة الطبية
١٩٢	، ، ،
٢٣٨	، ، ،
٣٦٨	، ، ،
٣٩٠	الحراجات الرئوية . للدكتور س . ابو الروس
٤٣	الداء القطري الطحالي . للدكتور يوسف حتي
٢٠٩	الداء الاسود (الكلازار) للدكتور يوسف حتي
٩٥	الدم المدّخر (نقل)
٣٧٠	الدم (قعر الدم في الجبل) للدكتور حبيب الحوري سعادي
٧٩	الدورة الدموية الصغرى (مكتشف) للدكتور سامي حداد
١٧٧	المدّاوة بالكحول داخل الوريد
٢٢٥	المدّاوة بالكحول في الامراض الرئوية
١٣٥	المدّاوة بالمرکبات السلفوناميدية
٣٢١	دمشق ونحن ايضاً

د

١٨٥	رد واقترح
٤٩	المراسلات الطبية

صفحة	
١٠٠	المراسلات الطبية
١٨١	، ،
٣٦٥	، ،
٣٠٠	الرحم (الحبل خارج —) للدكتور محمد خالد
١٣٥	المركبات السلفوناميدية « المداواة بالمركبات — »
٣٩٠	الرئوية (الحراجات —) للدكتور س . ابو الروس
	ز
١٤٣	الزحار في لبنان . للدكتور س . ابو الروس
١٨١	زونا (معالجة بالمطعوم المضاد للاستايلوكوك) للدكتور حنا غنطوس
	س
٢٨٩	الانسداد الاكليلي وعلاجه . للدكتور س . ابو الروس
٢٠٩	الاسود (الداء —) للدكتور يوسف حتي
	ش
١١٤	تشخيص امراض القناة الهضمية بواسطة الابحاث المخبرية . الفحص
	الكيمائي . للدكتور رثيف ابي المم
٢١٥	تشخيص امراض القناة الهضمية بواسطة الابحاث المخبرية . الناحية
	الجراثمية . للدكتور محمد خير النوري
٢٨٢	الشعب (فحص الشعب بالنظار) للدكتور عثمان الجذوب
٢٤٣	المستشفيات (تاريخ نشوء المستشفيات) للدكتور مصطفى خالدي
٢٢٦	، ،
٣٨٣	، ،

TABLES DES MATIÈRES 1937

A

PAGES

Accouchements — (Quatres observations d' —) par évacuation extemporannée de l'utérus en fin de grossesse Méthode Delmas. Dr Fouad Trad	9
Association Médicale Libanaise (Séance inaugurale du Club de l' —) Discours. Dr Fouad Trad	22

F

Fungus infections of the feet and «Id» lesions of Hands. Dr A Berberian.	24
---	----

G

Grossesses extra-utérines — (observations sur les —.) Dr Albert Melki	38
--	----

H

Hexamethyle à haute dose et haute concentration, com- me médication curative des endophlebites puérpérales. Dr Fouad Trad	44
---	----

I

Insuffisance Mitrale — Ūncas d' —) organique guéri après traitement prolongé par le salicylate de soude. Dr Michel Jreissati	49
---	----

	<u>PAGES</u>
M	
Mort apparente du nouveau-né- (Contribution au traitement de la—) par auto - transfusion placento - fœtale. Dr. Fouad Trad	1
N	
Nouveau - né (contribution au traitement de la mort apparente du nouveau-né par auto-transfusion placento-fœtale Dr Fouad Trad	1
P	
Phlébites (Hexamethyl à haute dose et haute concentration, comme médication curative des —) puerpérales. Dr Fouad Trad	11
S	
Salicylate de soude (Un cas d'insuffisance mitrale organique guéri après traitement prolongé par le Dr Michel Jeraissati	49
Service antipaludique et d'Hydrologie au Liban (activité du —) Dr Hayek	17
V	
Vitamine C. (Zona et Herpes. traitement par la —) Dr G. Khabba	5
Z	
Zona et Herpès. traitement par la Vitamine C. Dr. G. Khabba	5

الصرع النفاسي، الاسباب وتولدها المرض. العلاج. للدكتور جورج خنا	١٠٢
الصرع النفاسي . للدكتور فيليب اشقر	١٧٠
الصماء (تأثير الغدد — في الحيض والحمل والاسقاط) . للدكتور	٥٤
حيب الحوري سعادي	
الصماء (تأثير الغدد — في الحيض والحمل والاسقاط) . للدكتور	١٥١
حيب الحوري سعادي	
الصماء (تأثير الغدد — في الحيض والحمل والاسقاط) . للدكتور	٢٥٣
حيب الحوري سعادي	

الطحاوي (الداء القطري —) للدكتور يوسف حتي	٤٣
المطبوعات الطبية	٩٩
، ، ،	٢٣٩
الاطفال (الكس في غذاء ومعالجة —) للدكتور حسين مري الدين	١٦٣
، ، ،	٢٦٠

عجز القلب وعلاجه	١٢٦
معجم المجلة	١٩٣
، ، ،	٢٤٢
، ، ،	٣٦٥

صفحة	
١٣٤	علاج البرداء بالادرينالين حقناً في الوريد
٢٨٩	علاج (الانسداد الكللي وعلاجه) للدكتور س. ابو الروس
١٣	المعالج بالاسترواح الصدري (قطع الالتصاقات البليورية في —)
	للدكتور الياس الحوري
٦٨	معالجة مرض باركنسون (الطرق القديمة والحديثة في —) والاعراض
	الباركنسونية التابعة لالتهاب الدماغ
	الساري . للدكتور جوزيف حنينه
	غ
٥٤	الغدد الصماء (تأثير الغدد الصماء في الحيض والحمل والاسقاط) .
	للدكتور حبيب الحوري سعادي
١٥١	الغدد الصماء (تأثير الغدد الصماء في الحيض والحمل والاسقاط)
	للدكتور حبيب الحوري سعادي
٢٥٣	الغدد الصماء (تأثير الغدد الصماء في الحيض والحمل والاسقاط)
	للدكتور حبيب الحوري سعادي
	ف
٤٣	الفطري (الداء الفطري الطحالي . للدكتور يوسف حتي
٣٧٠	فقر الدم في الحمل . للدكتور حبيب الحوري سعادي
	ق
٣٥٦	القرى (التوليد في القرى . للدكتور ملحم فرنجي
٣٣٦	قرحة المعدة والاثنى عشري . للدكتور حنا غنطوس
١٢٦	القلب (عجز — وعلاجه)

صفحة	
١١٤	القناة الهضمية (تشخيص امراض — بواسطة الابحاث المخبرية)
	الفحص الكيماوي . للدكتور رثيف ابي المص
٢١٥	القناة الهضمية (تشخيص امراض — بواسطة الابحاث المخبرية) .
	الناحية الجرثومية . للدكتور محمد خير النوري
	ك
٧٩	مكتشف الدورة الدموية الصغرى . للدكتور سامي حداد
١٧٧	الكحول . المداواة بالكحول داخل الوريد
٢٢٥	الكحول . المداواة بالكحول في الامراض الرئوية
١٦٣	الكس في غذاء ومعالجة الاطفال . للدكتور حسين سري الدين
٢٦٠	، ، ،
٢٠٩	الكلازار (الداء الاسود) للدكتور يوسف حتي
	ل
١٣	الالتصاقات البليورية (قطع — في العلاج بالاسترواح الصدري)
	للدكتور الياس الحوري
٣٣	الالتصاقات البليورية « قطع — في الاسترواح الصدري » الجهة
	الجراحية . للدكتور الياس بعقليتي
	م
٥	مرض باركنسون . للدكتور س . ابو الروس
٦٨	مرض باركنسون « الطرق القديمة والحديثة في معالجة — والاعراض
	الباركنسونية التابعة لالتهاب الدماغ الساري »
	للدكتور جوزيف حنينة

المعدة « قرحة — والاثنى عشري » للدكتور حنا غنطوس	٣٣٦	صفحة
امراض القناة الهضمية « تشخيص — بواسطة الابحاث المخبرية — الفحص الكيماوي » للدكتور رثيف ابي المم	١١٤	
امراض القناة الهضمية « تشخيص — بواسطة الابحاث المخبرية . الناحية الجرثومية » للدكتور محمد خير النوري	٢١٥	

ن

النخاع الشوكي « البرداء داء ودواء للنخاع الشوكي » للدكتور بشاره سعد	٦٥	
التفاسي « الصرع — » للدكتور فيليب اشقر	١٧٠	
الاسباب وتولد المرض . العلاج . للدكتور جورج حنا	١٠٢	

و

وفيات	٥٣
،	١٠١
،	٣١٧
،	٣١٩
؛	٣٦٩

